

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1907-1908. — N° 134

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DE L'ÉVOLUTION
DE LA
TUBERCULOSE PULMONAIRE
APRÈS L'ACCOUCHEMENT
ET L'AVORTEMENT SPONTANÉ OU PROVOQUE

T H E S E

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Juillet 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis MAGNETTE

Né le 4 Mai 1883, à Autun (Saône-et-Loire),
Ancien Externe des Hôpitaux.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1908

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1907-1908. — N° 134

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DE L'ÉVOLUTION
DE LA
TUBERCULOSE PULMONAIRE
APRÈS L'ACCOUCHEMENT
ET L'AVORTEMENT SPONTANÉ OU PROVOQUÉ

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Juillet 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis MAGNETTE

Né le 4 Mai 1883, à Autun (Saône-et-Loire),
Ancien Externe des Hôpitaux.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1908



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT. ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LEPINE
Cliniques chirurgicales		TEISSIER
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD
Clinique ophtalmologique.		PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY
Clinique des maladies mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants		ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique médicale		PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		X...
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie		CAZENEUVE
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE
Physiologie		GUIART
Pathologie interne.		TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT
Anatomie pathologique.		MORAT
Médecine opératoire.		ROQUE
Médecine expérimentale et comparée		COLLET
Médecine légale.		TRIPPIER
Hygiène.		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		ARLONG
Pharmacologie		LACASSAGNE
		COURMONT (J.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires	MM. ROCHET.	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND, ag.	—
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	TIXIER	PATEL	LAROYENNE
PAVIOT	REGAUD	J. LEPINE	VORON
SAMBUC	COMMANDEUR	LESIEUR	NOGIER
COURMONT (P.)	GAYET	MARTIN (Etienne)	MOUNEYRAT
CHATIN	MOREL	CAVAILLON	LATARGET, ch...
VILLARD	NEVEU-LEMAIRE		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FABRE, Président ; NOVÉ-JOSSERAND, Assesseur ;
MM. PAVIOT et VORON, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Je dédie ce Travail :

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Faible témoignage de filiale affection
et de profonde gratitude.*

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR FABRE

Professeur de Clinique obstétricale.

A MONSIEUR LE DOCTEUR COMMANDEUR

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Accoucheur des Hôpitaux.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Pendant mon Externat 1905-1908

- M. LE PROFESSEUR PONCET, professeur de Clinique chirurgicale (1905-1906).
- M. LE PROFESSEUR-ADJOINT VALLAS, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu (1906).
- M. LE DOCTEUR B. LYONNET, médecin des Hôpitaux (1906-1907).
- M. LE PROFESSEUR PIC, professeur de thérapeutique, médecin des Hôpitaux (1907).
- M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COMMANDEUR, accoucheur des Hôpitaux (1908).

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études, au moment où nous allons avoir à mettre en pratique les leçons de nos maîtres, où nous allons essayer de marcher dans la noble voie qu'ils nous ont tracée, il est pour nous un devoir que nous considérons comme une dette sacrée. C'est du fond du cœur que nous leur adressons ici les remerciements sincères auxquels ils ont droit, et pour leur inlassable dévouement et pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours montrée.

Dans la vie nouvelle qui s'ouvre à nous, dans la délicate mission que nous allons assumer, il ne sera pas de jour où nous n'aurons à nous souvenir de leurs leçons, à nous rappeler leurs conseils; grâce à eux notre tâche sera plus douce et notre devoir mieux tracé.

Nous avons plus particulièrement à remercier M. le professeur agrégé Commandeur, qui a bien voulu nous inspirer cette thèse et nous prêter toutes les observations contenues dans ce travail; nous apprê-

cions vivement l'honneur qu'il nous a fait et l'assurons ici de notre plus profonde gratitude.

M. le Dr B. Lyonnet, dont nous eûmes l'honneur d'être l'externe, nous a fait profiter durant plus d'un an de ses savantes leçons cliniques et thérapeutiques ; à ce seul titre il a droit déjà à toute notre reconnaissance ; mais notre dette envers lui est encore accrue par le souvenir du bienveillant intérêt qu'il nous montra toujours, et des nombreuses occasions où il nous rendit des services que nous ne saurions oublier.

Quoique l'époque où nous avons commencé à Dijon nos études médicales soit déjà lointaine, les deux années que nous y avons passées ne s'effaceront pas de notre mémoire. Nous prions tous les maîtres qui, à l'Hôpital comme à l'Ecole de médecine, n'épargnèrent ni leur temps ni leur peine pour nous enseigner les premiers éléments de notre art de vouloir bien accepter ici l'humble tribut de gratitude d'un de leurs anciens élèves.

Nous remercions enfin notre excellent collègue et ami le Dr Fisher de l'aide qu'il nous a apportée en se mettant gracieusement à notre disposition pour la traduction des articles anglais et américains que nous avons ainsi pu analyser dans ce travail inaugural.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DE L'ÉVOLUTION
DE LA
TUBERCULOSE PULMONAIRE
APRÈS L'ACCOUCHEMENT
ET L'AVORTEMENT SPONTANÉ OU PROVOQUÉ

INTRODUCTION

La question des rapports de la tuberculose pulmonaire et de la grossesse a donné lieu depuis plus d'un siècle à de longues discussions et a été diversement interprétée par la plupart des grands cliniciens qui ont illustré la médecine au XIX^e siècle. Nous n'avons pas ici l'intention de citer tout au long les différentes opinions des maîtres qui s'en sont occupé ; le travail dépasserait de beaucoup le modeste but que nous nous sommes assigné. Il a été d'ailleurs maintes fois fait et refait dans les études nombreuses ayant trait à la question. Nous pensons cependant qu'une large vue d'ensemble constitue comme une préface nécessaire permettant de mieux comprendre l'état actuel de la question et utile à la première comme à la seconde partie de ce travail.

Notre maître, M. le professeur agrégé Commandeur, nous a conseillé de rechercher parmi tous les accouchements qui ont été effectués dans son service, ceux qui sont survenus chez des femmes tuberculeuses et de voir quelle a été après l'évolution de la maladie. A la première inspection, l'aggravation dans la grande majorité des cas était flagrante; aussi, n'apportons-nous ces observations que comme contribution à la loi clinique adoptée maintenant par la plupart des accoucheurs, de l'aggravation de la tuberculose pulmonaire après l'accouchement.

Mais si, comme nous venons de le dire, la notion précédente est à peu près classique, les recherches que nous avons faites à ce propos nous ont montré par contre que la modalité de cette aggravation n'est nulle part bien précisée dans ses formes cliniques. Nous avons pu réunir 50 observations d'accouchements, les uns à terme, les autres prématurés, survenus chez des tuberculeuses aux différentes périodes de leur affection, et il nous a semblé que le nombre pouvait suffire pour y rechercher les différents types de l'évolution.

Parmi les observations que nous avons eu par conséquent à rechercher et à classer, nous en avons trouvé un certain nombre ayant trait non plus à des accouchements survenus à terme ou plus ou moins prématurément, mais à des avortements et nous avons pensé que leur étude pouvait être également intéressante.

Intéressante, elle devait l'être en effet à plusieurs titres. D'abord pour elles-mêmes : l'avortement produit-il sur la marche des lésions le même effet que l'accouchement? Quel est, à ce point de vue, l'influence

de l'époque à laquelle il a lieu? Donne-t-il, à sa suite, les mêmes formes d'aggravation? C'était là autant de points dignes d'être recherchés et rapportés dans cette contribution clinique. Mais il était, en outre, un autre côté de la question. A la clinique pure, en effet, doit se joindre naturellement la thérapeutique, car ce sont deux branches de la médecine intimement unies et qui n'ont, pour ainsi dire, de vie que l'une par l'autre. Nous verrons, en effet, que nombre d'accoucheurs, pour la plupart étrangers, préconisent l'avortement provoqué comme traitement de la tuberculose coexistant avec la grossesse. La méthode ayant peu d'adeptes en France, nous n'avons pas d'observation personnelle d'avortement provoqué chez des bacillaires, sauf un cas où, avec des lésions pulmonaires, la malade était atteinte de vomissements incoercibles. Néanmoins, l'étude des cas où la grossesse a été interrompue spontanément au cours des premiers mois peut donner quelques renseignements sur les avantages ou les contre-indications de l'avortement provoqué.

Après avoir, par conséquent, fait un historique rapide, nous rapporterons toutes nos observations et les étudierons au point de vue clinique. Puis, dans un quatrième chapitre, nous verrons quelle est la conduite à tenir dans les cas qui nous occupent.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le professeur Gaulard, dans sa thèse d'agrégation, en 1880, a fait l'histoire complète de la question qui nous occupe ; avec lui nous pouvons classer les opinions émises sous quatre chefs principaux et distinguer à ce sujet quatre grandes théories.

La première d'entre elles admet que la grossesse s'oppose au développement de la tuberculose pulmonaire et en arrête l'évolution, tout en reconnaissant qu'après l'accouchement survient souvent une aggravation. Ce fut de beaucoup l'opinion la plus ancienne. Hippocrate, paraît-il, en fait mention dans ses œuvres et, déconseille le mariage à ses jeunes tuberculeuses : *Juvenes cœlibes strumosi fiunt postea vero matrimonio curantur*. Mais celui qui, le premier, énonça d'une façon formelle cette théorie fut Cullen, dans ses *Éléments de Médecine pratique*, en 1789. Pendant quelque temps, elle régna sans conteste ; Rozières de la Chassagne, Bordeu, J. Frank, Dugès, Bouchut, Fonsagrives, Andral en furent, pour ne citer que les plus célèbres, des partisans convaincus. Leurs explications étaient variées et en rapport avec les notions physiologiques à cette époque admises.

La seconde théorie, plus jeune que la précédente, apparut en 1817, dans le *Traité des maladies des femmes*, de Capuron. Formant pour ainsi dire transition entre l'opinion précédente et celle des cliniciens que nous verrons se ranger à la théorie de l'aggravation, cet auteur distinguait, dans l'évolution de la tuberculose au cours de la grossesse, deux périodes bien nettes. Durant les trois premiers mois de la gestation, la maladie subit, pour ainsi dire, un temps d'arrêt, tandis qu'à partir du quatrième, et parfois du cinquième, l'évolution s'accélère et s'aggrave. Caresmes, dans sa thèse, Gardien, Gendrin, Pidoux furent les noms les plus illustres des défenseurs de cette manière de voir, qui devait recevoir de Peter, en 1879, une conclusion formelle dans l'adaptation aux tuberculeuses de sa formule célèbre pour les mitraux : « Fille, pas de mariage ; femme, pas de grossesse ; mère, pas d'allaitement. »

Parallèlement à la théorie de l'amélioration s'en développait une autre exactement opposée et aussi absolue dans ses conclusions : la grossesse accélère la marche de la tuberculose et, par conséquent, doit être considérée comme un accident aggravant au premier chef la maladie. Dès 1715, Mauriceau émettait cette opinion : « L'accouchement, dit-il, est un mauvais port où périssent les femmes qui ont eu une aussi méchante poitrine, » Plus d'un siècle après, Louis est du même avis et cette doctrine fait rapidement école. Hervieux et Robert à Strasbourg, Stolz, Grisolle en un mémoire présenté en 1849 à l'Académie de Médecine, concluent dans le même sens. Plus récemment, on peut citer : en

France : Petiau, Bahuaud, Ortega ; en Allemagne : avec Lebert, Schröder, Stehberger, Hecker ; en Italie : Chiara, Berghesio, Martinetti, etc. Dans la littérature contemporaine enfin, cette théorie eut de nombreux adeptes, et nous la voyons actuellement acceptée par un grand nombre d'accoucheurs : Hergott, de Nancy ; Guinsbourgue, de Charkow ; dans les thèses récentes de Bizouard à Lyon, de Gibert de Bordeaux, de Rebière, de Proust qui apporte à l'appui une statistique de cinquante-deux observations recueillies à la Charité dans le service de M. le professeur agrégé Maygrier. C'est l'opinion à laquelle nous devons nous-mêmes nous ranger, en présence des conclusions fournies par notre statistique, portant sur une période de près de huit années.

D'autres auteurs enfin voient, pour les femmes enceintes et chez qui évolue la tuberculose pulmonaire, l'avenir moins sombre et le pronostic moins sévère. Leur opinion est plus éclectique : pour eux, tantôt la grossesse arrête et suspend la marche de la maladie, tantôt, au contraire, elle l'accélère et l'aggrave. Mais cette loi étant posée, les raisons de ces différences dans l'évolution sont diversement interprétées par eux ; le terrain, l'hérédité, la forme clinique, la marche antérieure, les conditions sociales, sont autant de causes, pour ne citer que les principales, dont l'importance respective varie suivant les différents défenseurs de cette théorie. Le professeur Pinard, dans la thèse de son élève Kania, s'occupe spécialement des femmes prédisposées héréditairement à la tuberculose, mais ne présentant pas au début de leur

grossesse de lésions bacillaires, et il conclut que, dans ce cas, la puerpéralité ne provoque jamais par elle-même l'apparition de la tuberculose ; quand cette dernière débute en même temps qu'une grossesse, il ne faut voir dans ce fait qu'une simple coïncidence. Mercier, en 1894, dans sa thèse, Vinay, Grancher, Ribemont-Dessaignes et Lepage, Bonnaire dans la thèse de Fabre Thomas, le professeur Audebert dans celle de M^{lle} Godreau, professent des opinions sensiblement analogues. Nous nous y rattacherons dans une certaine mesure ; car si, comme nous l'avons dit, l'aggravation après l'accouchement est un fait indéniable dans la plupart de nos cas, la grossesse elle-même est, par contre, assez souvent bien supportée, et si les lésions progressent avant le travail, il est fréquent qu'elles évoluent d'une façon torpide et sans réaction fonctionnelle bien marquée.

Telles sont rapidement résumées les quatre grandes théories admises jusqu'à ce jour. La première ne compte plus aujourd'hui que de rares partisans ; la seconde, trop exclusive, est également fortement ébranlée. C'est, à l'heure actuelle, entre les deux dernières que se partagent accoucheurs et médecins.

Nous devons d'ailleurs remarquer que depuis le moment où, pour la première fois, la question a été débattue, son champ s'est singulièrement élargi. Autrefois, en effet, on ne classait sous l'étiquette phtisie que les cas de tuberculose pulmonaire arrivée à une période avancée et s'accompagnant de tous les symptômes fonctionnels classiques à ce moment. On sait aujourd'hui, grâce à l'appui qu'ont prêté à la clinique

la bactériologie et l'anatomie pathologique que nombre de cas qui, autrefois, auraient échappé au domaine de la bacilliose, doivent y être indiscutablement rattachés. L'étiologie, la pathogénie ont, elles aussi, profité de ces notions nouvelles ; et en particulier dans la question qui nous occupe leur étude minutieuse a été faite.

Cette étude est maintenant trop complexe pour être envisagée à ses différents points de vue ; nous nous bornerons, pour notre part, à rester dans le domaine exclusivement clinique et à apporter seulement les résultats de notre statistique.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Observation, n° 179, année 1901, Maternité de l'Hôtel-Dieu).

Marie V..., vingt-deux ans, accouche, le 19 mars, à terme d'une fille pesant 2 kg. 500 après un travail ayant duré onze heures.

On note aussitôt après à l'auscultation des signes de tuberculose très nets aux deux sommets, plus marqués à droite où il existe une caverne.

La température après l'accouchement s'élève peu. Pendant les vingt jours suivants elle monte régulièrement chaque soir à 38°5 ou 38°6 au maximum pour n'être au matin qu'à 37°5 environ.

L'auscultation montre cependant que la tuberculose continue d'évoluer mais sans aggravation notable.

Pas de complications puerpérales.

La mère nourrit elle-même son enfant.

OBSERVATION II

(Observ. 223, année 1901, Maternité de l'Hôtel-Dieu.)

Louise D..., secondipare, entre le 6 février 1901. Rien dans les antécédents héréditaires.

Personnellement bonne santé jusqu'à dix-huit ans.

Depuis cette époque, tendance aux bronchites sans hémoptysies ni signes fonctionnels de tuberculose.

Premier accouchement il y a quatre ans, enfant vivant encore. La grossesse actuelle a été très bien supportée, peu de vomissements.

La malade fait remonter le début de sa maladie à l'année 1897. En 1898, légères hémoptysies. Depuis la grossesse actuelle la malade, dit-elle, a cessé de maigrir.

Actuellement état général bon, toux rare, expectoration peu abondante.

A l'examen, tuberculose fibreuse aux deux sommets, plus marquée à droite.

Elle sort six jours après dans un état satisfaisant, la température était normale.

8 avril. — Elle rentre à la Maternité, et accouche à peu près à terme d'un garçon de 3 kg. 100 qui est mis aussitôt en nourrice.

Pendant les vingt jours qui suivent on ne constate pas la moindre élévation de température. Les signes stéthoscopiques montrent l'existence à droite et en avant d'une caverne avec induration. Induration seulement à gauche.

OBSERVATION III

(Observ. 372, année 1901, maternité de l'Hôtel-Dieu).

Berthe F..., vingt-trois ans, quartipare, entre salle Sainte-Marie, le 2 mai 1901.

Les parents sont vivants et bien portants.

Personnellement elle fut toujours faible de constitution. A l'âge de treize ans elle eut une fluxion de poitrine depuis laquelle elle n'a cessé de tousser.

Pas d'hémoptysies franches, mais souvent son expectoration fut teintée de sang.

Elle eut trois grossesses qui arrivèrent à terme mais les

trois enfants moururent plus ou moins âgés d'affections variées.

A l'entrée. Sa grossesse actuelle est de huit mois. L'état général est mauvais, dyspnée, sueurs profuses. L'appétit est peu diminué.

A la percussion, submatité des deux côtés, légèrement plus marquée à droite.

A l'auscultation : en avant et en arrière on perçoit des râles muqueux et sibilants aux deux sommets avec frottements très rudes à droite.

De plus, respiration soufflante à gauche.

Rien au cœur.

Abdomen volumineux très tendu.

La température irrégulière est stationnaire entre 37 et 38 degrés.

15 juin. — Elle accouche en deux heures d'un garçon vigoureux, pesant 3 kg. 010.

Il est envoyé aussitôt à la crèche.

Pendant les douze jours qui suivent, la malade, sauf les deux premiers jours où le thermomètre marque 37°8 est absolument apyrétique. La malade va bien mieux, la dyspnée a disparu, l'appétit est bon et le facies meilleur. Elle part le 27 juin 1901.

OBSERVATION IV

(Observ. 807, année 1903).

Léonie M..., vingt-neuf ans, couturière, secondipare, entre à la Maternité le 27 octobre.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Elle a eu à sept ans un ictère émotif qui réapparut pour la même cause à vingt-deux ans.

Après sa première couche, elle a été soignée durant un mois pour une inflammation dans le ventre, dit-elle.

Depuis quelques années, elle a remarqué que sa voix

s'enrouait, mais la toux n'apparut qu'avec le début de la grossesse, se produisant surtout le matin par quintes suivies d'expectoration.

A l'examen, on trouve seulement des signes d'induration au sommet droit. La température est normale.

27 octobre. — Après un travail de sept heures, elle accouche d'un garçon vivant, vigoureux, pesant 2 kg. 350.

Le quatrième jour après l'accouchement, légère élévation de température à 38 degrés qui se maintient les jours suivants légèrement au-dessus de la normale, n'atteignant jamais plus de 38 degrés.

L'enfant est nourri au sein et au lait d'ânesse, mais il prend peu et la mère en partant le laisse à la crèche.

Pas de signes notables d'aggravation des lésions pulmonaires.

OBSERVATION V

(Observ. 462, année 1905.)

Blanche D..., trente ans, entre le 18 mai à la Maternité pour y accoucher.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ni personnels. Elle en est à sa septième grossesse.

Les deux premiers enfants, venus à terme, sont morts l'un de méningite, l'autre d'affection indéterminée, puis un avortement a eu lieu au quatrième mois. Enfin, trois autres grossesses sont arrivées à terme; mais un seul enfant est actuellement vivant et bien portant.

Jusqu'à cette dernière grossesse, sa santé a été bonne; mais depuis le 7 août 1904, date des dernières règles, survinrent des vomissements et des varices douloureuses.

Il y a quelques semaines seulement que la malade s'est plainte de la poitrine; elle souffrit d'abord de points de côté à droite, puis ses forces diminuèrent. Cependant, pas d'hémoptysie, ni de toux émetisante.

Elle accouche le 18 mai à terme d'un garçon vigoureux

pesant 3.380 grammes. Pas d'accidents pendant le travail : température normale les trois jours qui suivent.

Le quatrième jour, la température monte progressivement jusqu'à 40 degrés (neuvième jour). Pas de signes utérins; on fait cependant une injection intra-utérine.

Actuellement (dixième jour après l'accouchement), la malade ne perd plus que légèrement; pas de malaises abdominaux; le ventre est souple et indolore.

Par contre, depuis deux jours on a vu s'installer tous les symptômes d'une phlébite qu'on traite aussitôt par l'immobilisation en gouttière. Les douleurs sont modérées.

Du côté pulmonaire, la malade se plaint d'essoufflement; elle n'a pas la force d'expectorer.

A l'examen, la percussion ne révèle rien de bien net.

A l'auscultation, on perçoit au sommet gauche une respiration très soufflante, avec quelques discrets craquements. Il y a du retentissement de la voix et de la toux.

Au sommet droit, obscurité respiratoire.

Dans le reste des poumons, râles de bronchite disséminés auxquels s'ajoutent des râles de congestion aux bases.

Dans la seconde quinzaine, la température tend à diminuer et varie entre 38 et 39 degrés, puis descend encore dans la suite aux environs de 38 degrés, où elle se maintient jusqu'au départ de la malade qui a eu lieu le 14 août 1905.

A la sortie, l'état général est assez bon, les lésions se sont peu aggravées.

OBSERVATION VI

(Observ. 68, année 1908.)

Marie B..., âgée de vingt-huit ans, entre en décembre à la 1^{re} Infirmerie. Elle est enceinte pour la première fois et

sa grossesse date de huit mois. Elle entre parce qu'elle est atteinte, dit-elle, de bronchite chronique.

Son père est mort accidentellement, sa mère d'un néoplasme du sein. A côté d'un frère et d'une sœur actuellement en bonne santé, une autre sœur est morte phthisique à vingt-deux ans.

Personnellement, elle a eu une bonne santé jusqu'à vingt-quatre ans, où elle eut une pleurésie qui guérit sans nécessiter de ponction.

Depuis quatre ans, elle tousse l'hiver, mais ne crache pas. Pas d'hémoptysies. Il lui semble que, depuis le début de sa grossesse, son état général s'est amélioré : elle a engraisé et ne tousse presque plus.

A l'examen des poumons, *en avant*, la sonorité est exagérée des deux côtés et les vibrations bien perçues. La respiration est normale; on perçoit cependant à gauche quelques râles inspiratoires.

En arrière, sonorité un peu exagérée, vibrations normales. L'auscultation fait entendre quelques râles secs aux deux sommets et à la partie moyenne du poumon droit.

Au cœur, bruits normaux avec souffle méso-systolique sans propagation. Rien aux orifices.

L'appareil digestif semble sain et fonctionne régulièrement.

Le séro-diagnostic tuberculeux est positif à 1/5.

22 janvier. — Elle accouche à terme d'une fille vigoureuse pesant 3.200 grammes. Aucun incident à signaler. L'enfant est mise quelques jours après en nourrice.

Pendant les quinze jours qui suivent l'accouchement, la température a été presque normale, surtout les premiers jours, et a eu ensuite tendance à s'élever le soir, sans dépasser 38°2.

Les lésions n'ont donné lieu à aucune aggravation des signes physiques et fonctionnels.

OBSERVATION VII

(Observ. 243, année 1908.)

Gabrielle P..., dix-huit ans, entre à la 1^{re} Infirmerie sur les conseils de son médecin parce qu'elle est faible et qu'elle tousse.

Ses antécédents personnels sont assez chargés; sa mère, en effet, est morte phtisique, ainsi qu'un de ses frères.

A dix ans, la malade se souvient qu'elle était facilement essoufflée et toussait. Depuis, elle s'enrhumait facilement.

La grossesse actuelle date de la fin de mai; la malade est d'ailleurs primipare; elle fut très mal supportée; dès le début, les vomissements apparurent pour ne plus cesser, l'appétit diminua, elle fut sujette à des vertiges. Au troisième mois, la malade fut atteinte, dit-elle, d'une bronchite qui dura quinze jours. Depuis, la toux et l'expectoration ont continué.

A l'entrée, le 31 janvier, on constate que l'état général n'est pas très mauvais; cependant la malade est faible.

Du côté des poumons, la percussion et la palpation sont normales. L'auscultation fait entendre dans les deux poumons des râles diffus de bronchite. Aux sommets, on note quelques craquements et une respiration soufflante.

Rien au cœur. Constipation marquée.

La température est normale, le pouls à 92.

Pas d'albumine.

Quelques jours après l'entrée surviennent des hémoptysies légères.

12 mars. — Etant à terme, elle accouche après six heures de travail, d'un garçon vigoureux du poids de 2 kg. 850. L'enfant, sur les conseils du chef de service, est mis le huitième jour en nourrice.

Pendant les treize jours qui ont suivi l'accouchement, la malade a été absolument apyrétique (36°9 à 37°2), sauf au

neuvième jour où elle a présenté de la lymphangite du sein gauche.

L'auscultation ne démontre pas d'aggravation du côté des lésions pulmonaires.

La malade sort le 24 mars dans un état satisfaisant.

OBSERVATION VIII

(Observ. 49, année 1901, Maternité de l'Hôtel-Dieu.)

Delphine M..., secondipare, entre à l'Hôtel-Dieu, étant enceinte de sept mois.

Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels, sauf une anémie à l'âge de dix-huit ans.

En avril 1900, elle fit une fausse couche de deux mois et demi.

La grossesse actuelle a été bien supportée, les vomissements étaient rares.

La malade s'est mise à tousser il y a dix-huit mois, mais elle eut auparavant plusieurs hémoptysies. La toux a diminué pendant les premiers mois ; mais, depuis huit jours, elle a craché un peu de sang, a maigri et a eu des sueurs nocturnes. L'expectoration est peu abondante.

A l'examen, la malade est amaigrie et constamment essoufflée. La toux, non douloureuse, est plus fréquente le matin et s'accompagne alors d'expectoration. Quelques points de côté erratiques.

A l'examen. — La sonorité est diminuée aux sommets, douleurs à la percussion dans les deux fosses sus-épineuses et à la fosse sous-épineuse droite. Les vibrations sont exagérées.

A l'auscultation, signes cavitaires plus marqués à gauche : souffle aux deux temps, retentissement de la toux et de la voix. Dans la fosse sus-épineuse droite, signes de ramollissement ; plus bas, signes cavitaires.

Etat général mauvais; amaigrissement, perte de forces, sueurs nocturnes; appétit totalement perdu.

Rien aux autres appareils.

Température à grandes oscillations de 37°8 le matin à 39 degrés et 39°8 le soir.

Accouchement, le 25 janvier, d'une fille pesant 1400 grammes, portée aussitôt à la Crèche.

Aussitôt après, la dyspnée persiste et augmente même le soir. L'état général devient plus mauvais. Le lendemain, dyspnée et adynamie encore plus accentuées; en plus des signes physiques précédents, on entend des deux côtés, dans tout le parenchyme, une pluie de râles fins.

✓ Décès le 27 au soir, quarante-huit heures après l'accouchement.

A l'autopsie. — Adhérences pleurales anciennes.

Au sommet droit, tuberculose fibreuse ancienne sans cavernes; infiltration récente et tubercules jeunes à aspect encore semi-transparent.

Au sommet gauche, cavités anfractueuses, d'apparence ancienne. De plus, dans la moitié supérieure du poumon gauche, semis de granulations récentes.

Rien aux autres organes, utérus sain en involution normale.

A noter que l'enfant, mort un mois après d'athrepsie, ne présente aucune lésion tuberculeuse.

OBSERVATION IX

(Observ. 57, année 1906.)

Félicie L..., primipare, âgée de vingt et un ans, entre le 16 janvier 1906, venant du service de laryngologie, où elle était traitée pour ulcérations laryngées et pharyngées.

Le traitement mercuriel ayant été institué sans résultats, et devant l'aspect classique, on posa le diagnostic de maladie d'Isambert. Dysphagie, voix rauque et cassée, dyspnée,

expectoration muco-purulente constituaient un état fonctionnel très grave. La température atteint le soir 39 degrés.

A l'examen, signes de ramollissement en arrière, bronchite aux deux bases.

Le jour même de l'entrée, elle accouche prématurément à sept mois, sans incident, d'une fille vivante pesant 1700 grammes.

20 janvier. — La dyspnée s'accroît, cyanose et tirage; dysphagie intense.

22 janvier. — Surdité depuis deux jours; un peu de muguet. Dans la nuit du 22 au 23, accès de dyspnée avec respiration irrégulière rappelant un peu le Cheyne-Stokes.

23 janvier. — La malade meurt à 8 h. et demie du matin.

Durant ces cinq jours, la température s'était encore élevée et se maintenait autour de 40 dégrés.

24 janvier. — *Autopsie*.

Le poumon droit très adh rent, ramolli à la base, présente sur toute sa surface un semis de granulations confluentes. Au sommet, tubercules transparents et dilatation bronchique nette.

Le poumon gauche, sans adhérences, présente les mêmes lésions de granulie.

Au pharynx et au larynx, œdème des replis ary t no-épiglottiques et de la région épiglottique, œdème de la glotte.

Foie gras, pas de tuberculose intestinale, ni péritonéale.

Sur le rein droit, tubercules isolés et confluent en un point.

OBSERVATION X

(Observ. 263, année 1907).

Francine D..., âgée de vingt-six ans, ménagère, entrée le 1^{er} avril à la Maternité. Tertipare.

Pas d'antécédents du côté des parents; un frère et une

sœur sont en bonne santé; une sœur est morte tuberculeuse.

Elle accouche à sept mois et demi, au dehors, d'une fille pesant 1.950 grammes.

Suites de couches. — Le lendemain de l'accouchement, la température monte brusquement au voisinage de 40 degrés. On la fait passer à la 1^{re} infirmerie.

3 avril. — Température élevée. Des lavages intra-utérins commencés dès le lendemain de l'accouchement ont ramené quelques débris placentaires.

Mais l'hyperthermie doit être mise sur le compte de la tuberculose. En effet, la malade est très cachectique et, à l'auscultation, on trouve aux deux sommets des lésions avancées prédominantes à gauche, où on perçoit un vaste foyer souffrant.

12 avril. — La cachexie a fait des progrès rapides : les signes précédents persistent aux sommets; en outre sont venus s'ajouter des râles fins aux deux bases, sans matité.

La malade reste couchée, très affaiblie. L'expectoration est purulente.

17 avril. — La mort survient après une cachexie progressive.

A l'autopsie. — Aux poumons, signes de tuberculose ancienne : cavernes au nombre de quatre ou cinq de chaque côté, entourées d'une coque scléreuse. Autour de ces cavernes, nombreuses granulations; la plèvre est épaissie et adhérente à la paroi. A la périphérie des poumons et surtout sur la surface pleurale à la base : poussée de granulie. Les plèvres pariétales sont également parsemées de petites granulations. Quelques foyers broncho-pneumoniques à la base.

L'utérus est gros et manifestement infecté.

En somme : utérus infecté; tuberculose cavitaire ancienne; poussée granulique terminale localisée sous les deux plèvres.

(Voir courbe de la température, n° 1, p. 72).

OBSERVATION XI

(Observ. 1.021, année 1907, due à l'obligeance de M. F. Chaliér, interne des hôpitaux).

Augusta B..., âgée de vingt ans, entre le 2 octobre 1907 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Roque.

Pas d'antécédents héréditaires, mais une de ses sœurs est morte à seize ans de la poitrine et un jeune frère a été durant six mois soigné pour une pleurésie. Cinq autres frères ou sœurs sont en bonne santé.

Personnellement, elle eut la rougeole et présenta à différentes reprises des crises d'hystérie.

A son entrée, elle est enceinte de cinq mois et demi ; au début de la grossesse, elle avait contracté un léger rhume qui alla croissant et s'accompagna bientôt d'expectoration assez abondante. Des hémoptysies survinrent aux époques correspondantes aux règles abolies ; l'appétit diminua, les forces déclinerent, l'amaigrissement fit de rapides progrès.

A l'examen de la poitrine, on constate au sommet droit des signes cavitaires et dans la partie sous-jacente de l'infiltration. A gauche, les lésions sont moins accusées ; le sommet est infiltré, mais une partie du lobe supérieur et le lobe inférieur sont sains.

Tachycardie et hypotension artérielle. L'appétit est très diminué, mais pas d'intolérance gastrique. Selles légèrement diarrhéiques.

Foie un peu gros et douloureux.

Pas d'albumine.

La température atteint 38 degrés, 38°5.

Pendant trois semaines, l'état général reste stationnaire sans s'aggraver. La température dépasse à peine 38 degrés le soir.

A ce moment, la toux devient fréquente et la diarrhée à peine ébauchée jusque-là devient intense : vingt évacua-

tions et plus par jour. La malade, extrêmement pâle, dyspnéique, maigrit visiblement. Prévoyant un accouchement prématuré, on la fait passer dans un service d'accouchement.

Elle entre à la Maternité le 5 décembre 1907. On y constate les lésions cavitaires des deux sommets.

Le même jour, elle accouche spontanément et sans incident d'une fille vigoureuse pesant 2.010 grammes, que l'on met aussitôt à la crèche. Le travail a duré douze heures environ. La température, qui était, le 5 décembre au matin, à 37°5, monte, le lendemain, à 39 degrés. Les lochies ne sont pas fétides, mais la dyspnée est excessive. On la fait passer à la 1^{re} infirmerie.

7 décembre. — La dyspnée est toujours considérable ; de plus, la malade souffre d'un point de côté à gauche.

13 décembre. — La température s'est maintenue, depuis quatre ou cinq jours, au-dessus de 40 degrés. Elle rentre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Roque.

On constate alors que de grosses modifications se sont produites du côté pulmonaire et dans l'état général.

Facies anxieux, tiré ; battements des ailes du nez, tirage, dyspnée intense.

Aux cavernes du sommet droit s'est ajoutée une infiltration totale de tout le sommet.

De même au poumon gauche.

Sous le sein gauche, foyer de râles sous-crépitaux fins.

La diarrhée elle-même, malgré les opiacés, se chiffre par 30 à 40 évacuations.

Cinq jours après, le 18 décembre, en se retournant, la malade éprouve une sensation de déchirement sous les fausses côtes. Le soir, abdomen météorisé, pouls petit, accéléré ; T. = 40°8. Vomissements biliaires, la nuit ; suppression des selles. Au matin, la malade est dans un état encore plus grave ; matité dans les flancs, pouls à peine perceptible, douleur à la palpation dans la fosse iliaque droite.

La perforation intestinale ne paraissant pas douteuse,

elle fut opérée d'urgence par le Dr Laroyenne qui, après laparotomie, constata une perforation arrondie siégeant au niveau d'une ulcération intestinale. Suture avec enfouissement, drainage soigneux.

La malade meurt dans la nuit, mais avec une sédation bien marquée des phénomènes douloureux.

L'autopsie montra au poumon droit une symphyse pleurale du sommet et une grosse caverne tuberculeuse séparée par des bandes scléreuses du parenchyme voisin qui était dans toute l'étendue du poumon semé de tubercules crus.

Au poumon gauche, quelques cavernules au sommet ; tubercules crus ou ramollis, parfois confluent, dans la majeure partie du tissu pulmonaire restant.

L'intestin grêle et le cæcum étaient le siège d'ulcérations extrêmement nombreuses, la plupart en activité. La perforation siégeait au niveau d'une ulcération distante du cæcum de 60 centimètres environ.

(Voir feuille de température n° 4, p, 73).

OBSERVATION XII

(Observ. 12, année 1901, Maternité de l'Hôtel-Dieu.)

Julie D., vingt-neuf ans, tertipare entre à la Maternité de l'Hôtel-Dieu le 31 décembre 1900.

Rien dans les antécédents héréditaires ni personnels jusqu'en 1890. A cette époque, elle maigrit un peu et se mit à tousser. Cette toux considérée comme nerveuse ne fut soignée que par des bains froids. Elle n'eut ni hémoptysie, ni amaigrissement, ni pertes de forces, ni altération de l'appétit.

En 1896, elle accoucha à terme d'un enfant vigoureux actuellement bien portant.

En 1896, seconde grossesse ; l'enfant mourut de convulsions à trois mois et demi.

En 1900, au mois de juillet, commença la grossesse

actuelle. A partir de ce moment, elle perdit l'appétit et se mit à maigrir. Vomissements rares, pas de sueurs nocturnes.

A son entrée, la malade est amaigrie et sans forces; l'essoufflement est constant et date du début de la grossesse.

Aux poumons : en arrière, matité et résistance au doigt plus marquée à droite, exagération des vibrations, ampliation thoracique normale.

A l'auscultation, on constate en arrière :

A gauche, au sommet : souffle inspiratoire et expiratoire, pas de râles, sauf dans la fosse sous-épineuse où, après la toux, on perçoit quelques râles très rares. A la base, murmure respiratoire rude.

A droite, signes cavitaires avec signes de ramollissement dans la fosse sous-épineuse ; râles fins et nombreux.

En avant, on note de la matité de chaque côté avec douleur à la percussion, vibrations augmentées, pas de pot fêlé. On perçoit à l'auscultation des deux côtés des signes cavitaires : souffle aux deux temps, retentissement de la voix et de la toux, peu de râles.

La toux est fréquente et quinteuse, l'expectoration abondante et mucopurulente. L'oppression est constante, on compte 40 respirations à la minute.

Anorexie, pas de diarrhée. Rien au cœur, pas d'albumine.

La température est au voisinage de 38 degrés.

7 janvier. — La malade avorte au cinquième mois de deux jumeaux. Pas d'accidents.

La température monte le lendemain à 39°6 et à 40°1 le troisième jour. La malade est très dyspnéique et son état général très grave : le 11 janvier la température est de 40°4.

12 janvier. — Elle meurt dans la soirée.

A l'autopsie, on trouve des lésions cavitaires aux deux sommets, mais infiltration et cavernules descendant presque jusqu'aux deux bases.

Cœur petit; foie gras.
Pas de lésions du côté utérin.

OBSERVATION XIII

(Observ., 239, année 1901, Maternité de l'Hôtel-Dieu.)

Jeanne P..., âgée de trente-cinq ans, entre le 17 avril à la Maternité; ses dernières règles datent du 15 octobre 1900.

Sur six grossesses, elle eut deux fausses couches, les quatre autres enfants venus à terme sont actuellement vivants.

A l'entrée, on constate qu'elle est atteinte de tuberculose pulmonaire à la période cavitaire. Elle présente en plus des signes de phtisie laryngée.

17 avril. — Elle accouche normalement d'une fille prématurée pesant 1770 grammes.

19 avril. — Elle succombe après une série d'accès de suffocation.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

OBSERVATION XIV

(Observ. 819, année 1907.)

Césarine M..., vingt-trois ans, domestique, primipare.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Pas de troubles jusqu'au troisième mois de sa grossesse, où elle se mit à tousser sans frissons, ni température, ni points de côté.

9 août. — Elle entre à la Première Infirmerie parce que sa toux persiste.

A l'auscultation, on perçoit au sommet droit des râles de bronchite. Expectoration assez abondante, pas d'autres signes fonctionnels. Température : 38°, 2.

Jusqu'au 28 septembre, l'état général est satisfaisant, la

température a baissé progressivement, mais la toux et l'expectoration continuent. Aux deux sommets : râles humides.

29 septembre. — Elle accouche prématurément (7 mois $1/4$) et sans incidents d'une fille vigoureuse pesant 1650 grammes.

Deux jours après, la température saute brusquement de $37^{\circ},4$ à $39^{\circ},1$ et s'y maintient les jours suivants.

A l'examen, sonorité diminuée à droite avec craquements diffus.

En même temps, le 9 octobre s'installe de la *phlegmatia alba dolens* qui progresse rapidement.

18 octobre. — Après aggravation considérable de l'état général, la malade meurt à 9 heures du soir, dix-neuf jours après son accouchement.

Autopsie le 19.

Poumons : adhérents, très spongieux. Au sommet droit, cavernes nombreuses et nodules tuberculeux en voie de ramollissement.

Dans le lobe moyen droit, poussée récente de broncho-pneumonie caséuse.

Tuberculose péritonéale : ascite et granulations.

Foie graisseux, reins congestionnés.

(Voir feuille de température n° 3, p. 73).

OBSERVATION XV

(Observ. 176, année 1908).

Marie-Jeanne B..., âgée de trente-deux ans, entre le 22 février à la Maternité et y accouche en trois heures et demi d'un garçon mort et macéré pesant 1850 grammes.

On ne retrouve aucun renseignement suspect dans ses antécédents héréditaires et personnels. Elle a eu auparavant quatre grossesses ; la première, menée à terme a donné un enfant vigoureux, actuellement vivant. Trois autres accouchements sont également survenus au bout de neuf mois

de grossesse; les trois enfants sont morts, le dernier même était macéré à sa naissance.

Au mois de janvier, elle fut soignée à la Première infirmerie pour une éruption bulleuse cutanée s'accompagnant de céphalées et de chute de cheveux : le tout d'origine manifestement spécifique.

Au moment de l'accouchement, on note encore la présence de plaques muqueuses à la vulve et de syphilides pigmentaires à la région cervicale.

Rien n'attire l'attention du côté de l'appareil pulmonaire, la température est normale.

Après l'accouchement, la température atteint le deuxième jour 39 degrés, puis s'élève encore progressivement les jours suivants. La courbe forme un véritable plateau ne descendant jamais au dessous de 39 degrés. La malade est dans un état thyphoïde avec somnolence, mais sans aucun symptôme pulmonaire.

Les derniers jours seulement apparaît une dyspnée assez légère; pas de toux, ni de crachats. Le thermomètre, à ce moment, marque près de 40 degrés.

Le 13 mars, c'est-à-dire le vingtième jour après l'accouchement, la malade meurt.

A l'autopsie, du côté du petit bassin tout est normal; utérus sain, sans aucun débris. Péritoine intact.

Aux poumons, adhérences anciennes aux deux sommets.

A gauche, au sommet, cicatrice ancienne déprimée.

A la coupe, tout le lobe supérieur est infiltré et présente trois petites cavernules à parois sclérosées. A côté, on trouve des lésions indiquant une poussée récente et caractérisées par une infiltration tuberculeuse à forme bronchopneumonique. En outre, il existe dans le lobe inférieur quelques rares granulations.

A droite, constatations analogues, c'est-à-dire qu'à côté de lésions anciennes existent les signes d'une poussée récente et aiguë.

Le cœur, l'aorte, les reins sont sains. De même l'estomac et l'intestin; par contre, le foie est gros et très gras; le parenchyme semble avoir disparu et être remplacé par du tissu graisseux.

Rate hypertrophiée, avec traces d'un infarctus ancien.

OBSERVATION XVI

(Observ. 177, année 1901, Maternité de l'Hôtel-Dieu.)

Delphine G..., vingt-quatre ans, entre le 11 février 1901 à l'Hôtel-Dieu.

Mère morte à quarante-cinq ans de bronchite, deux frères sur six enfants sont morts en bas âge.

La malade parlant peu le français, les renseignements sont incomplets; bronchite à dix-huit ans durant tout un hiver; depuis, sujette à tousser. Premier accouchement il y a deux ans, l'enfant se porte bien.

Grossesse actuelle datant du milieu de juillet. Les premiers mois furent bien supportés, elle ne toussa qu'aux premiers froids.

Expectoration et amaigrissement très marqués.

A l'entrée, l'état général est mauvais.

A l'examen, infiltration du sommet droit, caverne très nette à gauche. Température autour de 38 degrés.

Du 11 février au 18 mars, la malade s'affaiblit peu à peu; anorexie, diarrhée. La température s'élève. Durant le mois de mars, elle décrit, de 38 degrés le matin à 39 et 39°5 le soir, de grandes oscillations très irrégulières.

18 mars. — Accouchement très facile et très rapide; le dégagement est aidé par une application de forceps. L'enfant pèse 2.950 grammes.

Dès le lendemain, la courbe de la température affecte le type en plateau, s'abaissant peu au-dessous de 39 degrés et avec tendance très nette à monter. Signes de pneumonie tuberculeuse.

L'état général est excessivement mauvais; la malade meurt le dixième jour après l'accouchement.

L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION XVII

(Observ. 616, année 1904.)

Jeanne-Marie F..., âgée de vingt-neuf ans, primipare, entre le 17 juillet à la Maternité. Elle y accouche à huit mois d'une fille pesant 2.260 grammes sans incident et après un travail n'ayant duré que cinq heures.

Ses antécédents héréditaires sont assez chargés. Son père est mort à quarante-sept ans de tuberculose laryngée; sa mère est morte à quarante-quatre ans d'une maladie inconnue; un frère est mort aussi de méningite de nature probablement bacillaire; deux sœurs enfin sont en bonne santé.

Dans les antécédents personnels, rien à signaler jusqu'à la présente grossesse.

Les suites de couches sont normales jusqu'au dixième jour où, le soir, la température atteint 38 degrés. La malade nourrissait son enfant et présentait des ulcérations mamelonnaires dès les premiers jours. De là, la lymphangite et la température qui nécessitent le 28 juillet son transfert à la 1^{re} Infirmerie. Elle a à ce moment 39°5. On fait de l'expression; il sort du pus; la température baisse légèrement le lendemain.

Outre ces phénomènes de mammite, la malade était sujette depuis quelques jours à des crises de dyspnée.

Poumons. — A l'examen, on constate une matité du sommet droit avec respiration rude, surtout inspiratoire, à ce niveau. Partout, râles fins et sibilants dispersés.

En avant, on perçoit des bruits de frottements pleuraux.

Au cœur, souffle systolique intense à la pointe.

30 juillet. — La température se maintient vers 38°5. Il semble que la dyspnée se soit améliorée.

2 août. — L'amélioration n'a pas persisté. La température est remontée à 39 degrés. La dyspnée est assez marquée, les lèvres sont cyanosées, le visage bouffi, le teint blafard.

A l'examen. — *A droite*, l'auscultation révèle l'existence d'un foyer pneumonique au sommet droit. Le souffle respiratoire est peut-être moins intense, mais les râles fins persistent abondants dans la fosse sous-épineuse et jusque dans l'aisselle. Ils sont mêlés par places à des râles plus gros, de timbre cavernuleux.

Dans le reste du poumon, respiration rude, ample; çà et là des râles muqueux disséminés.

A gauche, la sonorité et les vibrations sont normales. On perçoit des râles muqueux dans toute l'étendue du poumon, un peu plus confluent, semble-t-il, vers l'aisselle.

Expectoration peu abondante : crachats visqueux, finement aérés, légèrement rouillés. Ils sont envoyés à l'examen bactériologique.

Au cœur. — Bruits énergiques éclatants. Souffle systolique à la pointe, dur, rapeux, sans propagation à l'aisselle, Pouls à 120, dur au toucher.

Gros foie, abdomen souple, mais un peu météorisé.

Albuminurie, gros disque.

Du côté des seins, les phénomènes ont disparu.

6 août. — Pas d'amélioration notable; dyspnée, cyanose, facies angoissé. Albuminurie.

8 août. — L'état général n'est pas modifié. Au sommet droit, le souffle intense a presque disparu, il reste une expiration soufflante. Bouffées de râles fins mêlés à de plus gros à timbre humide.

A gauche, mêmes râles fins, coupes de râles sibilants et muqueux. Au sommet, foyer de râles d'œdème sous la clavicule.

10 août. — L'état s'est aggravé. Le pouls est rapide à 130, la dyspnée intense. Les signes physiques sont les mêmes que plus haut, si ce n'est que les râles d'œdème ont

augmenté d'étendue et infiltrant le poumon gauche et la base droite.

Expectoration blanche, spumeuse, adhérente.

Foie gros et douloureux; urines rares; gros anneau d'albumine.

On fait des ventouses scarifiées qui donnent 200 grammes de sang.

La température s'est élevée à 40 degrés.

12 août. — On fait une saignée de 320 grammes.

23 août. — Les phénomènes de dyspnée sont allés en s'accroissant. La malade ne peut respirer qu'assise sur son lit. OEdème cutané.

La malade, au milieu de ces signes, est morte le 23 août, trente-six jours après l'accouchement.

Autopsie. — Révèle au poumon gauche : au sommet, adhérences nombreuses et résistantes, surtout en arrière.

Le lobe supérieur est entièrement caséifié, farci de cavernules de la grosseur d'une tête d'épingle à une petite noisette.

Le lobe inférieur est rouge, congestionné, oedématié. A l'extrême base, noyaux isolés de bronchopneumonie.

Au poumon droit, des adhérences plus légères siègent à la partie moyenne. Les lésions sont analogues à celles du poumon gauche.

Le lobe supérieur forme une masse grisâtre, remplie de cavernules, dont quelques-unes permettent l'introduction de l'extrémité du doigt.

Au cœur, pas de lésions valvulaires. Le trou de Botal est conservé et permet l'entrée de l'extrémité d'une paire de ciseaux.

OBSERVATION XVIII

(Observ. 446, année 1907.)

Marguerite-Jeanne G..., vingt ans, primipare, entre le 20 avril à la 1^{re} infirmerie.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires et personnels. Elle est enceinte de sept mois et demi et a présenté des vomissements accentués pendant les quatre premiers mois. Il y a deux mois, à la suite d'un froid, elle se plaint de points de côté et de frissons avec dyspnée considérable. Son médecin l'envoie à la Charité.

A l'examen, la malade présente encore de la matité sur une vaste surface, avec légère obscurité respiratoire sans souffle ni égophonie; pointe du cœur non déplacée.

En somme, pleurésie guérie avec persistance d'adhérences.

26 mai. — Elle entre à la Maternité pour y faire ses couches.

Après un travail sans incidents de 8 h. 1/2, elle met au monde une fille vigoureuse pesant 2 kg. 700.

La température qui pendant son séjour à la 1^{re} infirmerie oscillait aux environs de 37 degrés ne présente pas de modifications les jours suivants. Mais le septième jour elle a des frissons, la température monte à 38°7, et la malade repasse à la 1^{re} infirmerie.

On constate un peu de lymphangite du côté du sein gauche, mais surtout à l'auscultation des poumons à la base droite on trouve des signes de pleurésie sèche plus accentués, et, au sommet gauche respiration soufflante avec des râles fins inspiratoires en arrière et en avant, rudesse respiratoires très marquée.

A droite, sous la clavicule, diminution très marquée du murmure respiratoire.

6 juin. — On observe en outre des râles sous-crépitaux au niveau de la partie moyenne du sein gauche.

Parallèlement à l'apparition des signes stéthoscopiques, la température s'accroît, arrive à 39 degrés le dixième jour, puis oscille entre 39 et 40 degrés, atteignant 40°6 le vingt-et-unième jour, tandis que le pouls est aux environs de 120.

Rien du côté utérin, des injections intra-utérines pratiquées n'ont pas entravé la hausse de la température.

La malade qui a complètement perdu son appétit, dont la température se maintient entre 39 et 40 degrés, dont le pouls bat à 120, sort de la Charité le 23 juin malgré la gravité de son état.

Voir feuille de température n° 2, p. 72.

OBSERVATION XIX

(Observ. 122, année 1908.)

Anthelmette M..., vingt-cinq ans, primipare, entre le 6 janvier 1908 à la Maternité.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Personnellement on note chez elle une santé précaire depuis sa naissance. A l'âge de dix ans elle eut une péritonite de nature très probablement bacillaire. Depuis cette époque, elle s'enrhume l'hiver avec la plus grande facilité.

Elle est enceinte actuellement de sept mois et demi; sa grossesse fut bien supportée.

Extérieurement on est frappé de l'exiguité de sa taille : elle mesure en effet 1 m. 20 de hauteur. La malade fut examinée très soigneusement au point de vue du squelette.

Nous devons nous borner à résumer les constatations qui résultèrent de l'examen :

1° Scoliose dorsale droite produisant une asymétrie thoracique;

2° Membres inférieurs en double parenthèse : *genu varum* double;

3° Incurvation de la moitié supérieure des deux humerus;

4° Le bassin est à type pseudo-ostéomalacique. Le diamètre promonto-sous-pubien = 7 cm. 2.

La tête fœtale est au détroit supérieur orientée en OIGA.

8 février. — Apparaissent les premières douleurs. Le 10, on pratique une opération césarienne suivant la technique classique qui permet d'extraire une fille vivante pesant 1 kg. 950.

La température, le soir de l'opération, est de 38°2. Le

lendemain elle descend à 37°7, mais la malade est prise d'accès de toux et d'expectoration : les crachats incolores sont visqueux et adhérents.

12 février. — La température est normale, mais le 13 elle atteint 37°9 le soir et s'élève dans la journée du 14 à 38°8 et 39°4 au soir. La malade a une toux discontinue. L'expectoration présente le même aspect. Pendant les quatre jours suivants, la fièvre a diminué mais une diarrhée assez intense est survenue.

17 février. — On fait sauter trois points de la suture abdominale : du liquide louche s'écoule, le 19 un autre point suppure. La température se remet à monter; la malade se plaint d'une lassitude extrême, elle n'a plus sa lucidité habituelle.

20 février. — Le thermomètre marque 38°6 le matin; la malade reconnaît à peine l'entourage, la respiration devient de plus en plus pénible, elle est dans un état de torpeur absolue. Après quelques heures de lucidité, elle meurt le 21 février après avoir présenté une température de 39°8.

Pendant ces douze jours, le pouls a décrit des oscillations de très faible amplitude et s'est maintenu au voisinage de 100, sauf quelques heures avant la mort où il fut compté à 148.

A l'autopsie. Du côté utérin cicatrisation normale, la cicatrice a bien tenu et est légèrement adhérente.

Tous les organes sont sains, sauf les poumons. Ceux-ci présentent une symphyse pleurale totale et ancienne.

Au sommet, anciennes cavernes cicatrisées. Les deux lobes supérieurs sont le siège d'une hépatisation en bloc d'où la pression fait sourdre du sang et du pus. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une pneumonie tuberculeuse.

OBSERVATION XX

(Observ. 169, année 1901, Maternité de l'Hôtel-Dieu.)

Antoinette R., dix-huit ans, entre le 23 octobre à Sainte-Marie.

Elle n'a pas d'antécédents héréditaires, et ne signale personnellement, qu'une poussée d'anémie à l'âge de treize ans.

Elle accouche pour la première fois, à seize ans et demi, d'un enfant mort-né. C'est après qu'elle se mit à tousser : un séjour dans un service de médecine de l'Hôtel-Dieu l'améliora sensiblement.

Les dernières règles datent du 20 juin 1900, époque à laquelle la toux reparut : pas d'hémoptysie, pas d'expectoration, pas d'amaigrissement.

6 mars. — La malade entre pour sa toux qui a augmenté progressivement. Elle n'a pas remarqué d'amaigrissement. Dyspnée légère après la toux.

A l'examen, on note en arrière : submatité aux deux fosses sus-épineuses, vibrations exagérées à gauche.

Aux deux sommets, obscurité respiratoire, à gauche souffle aux deux temps et après la toux quelques râles très nets.

A droite, pas de souffle, pas de signes cavitaires, mais râles plus nombreux.

En avant, submatité des deux sommets, vibrations exagérées, quelques râles apparaissent après la toux.

Rien au cœur ni à l'abdomen, pas de diarrhée. L'appétit a été supprimé depuis le début de la grossesse, toux rare mais émétisante.

Pas de température, pas d'albumine.

La grossesse est de cinq mois.

La malade sort améliorée le 3 décembre, pour aller faire un séjour à Hauteville.

13 mars. — Elle revient à la Maternité, et y accouche

sans accidents d'un garçon vigoureux pesant 2.230 grammes.

Elle a avant le travail, une température de 36°7, elle monte les jours suivants à 37°5, 38°2, 38°8. Du troisième au dixième jour, elle oscille entre 38 degrés le matin et 39 degrés le soir.

Elle ne présente rien du côté utérin, par contre l'auscultation, montrant que les râles se sont étendus et devenus plus gros, permet de rattacher de façon certaine l'hyperthermie à la tuberculose évoluant plus rapidement.

OBSERVATION XXI

(Observ. 500, année 1902, Maternité de l'Hôtel-Dieu.)

Eugénie R., âgée de ving-sept ans, entre le 16 juin 1902 à la Maternité de l'Hôtel-Dieu. Elle sort d'un service de médecine, où elle était traitée pour tuberculose pulmonaire.

Son père est actuellement vivant; sa mère morte à trente-six ans de tuberculose pulmonaire quelques mois après avoir accouché d'un frère également décédé de la même affection à l'âge de dix-huit ans; trois sœurs sont bien portantes.

Personnellement, elle n'eut jamais de maladie, à l'âge de deux ans elle se fractura un bras, et en a gardé depuis cette époque une atrophie musculaire très marquée.

Elle accoucha à terme une première fois, d'un garçon bien portant, puis étant devenue grosse une seconde fois, elle avorta à trois mois.

Les dernières règles de la grossesse actuelle, datent du 17 octobre 1901. Aucun accident au début, mais vers le troisième mois, elle souffrit de points de côté et se mit à tousser. Elle entra alors à l'Hôtel-Dieu. Outre ses points, elle se plaignait encore d'oppression et de toux nocturne émétisante; pas d'hémoptysies. On constate durant le séjour qu'elle y fit, une pleurésie double sans épanche-

ment. Il y a huit jours enfin, en raison de l'état avancé de grossesse, on la fait passer à la Maternité.

L'examen, pratiqué le 17 juin, permet de constater que la malade est peu amaigrie, non œdématiée, non dyspnéique.

Aux poumons, en arrière, on note au sommet gauche, sonorité et respiration normales.

A la base, submatité avec obscurité respiratoire et frottements.

A droite, au sommet, submatité avec inspiration obscure, expiration prolongée, saccadée et soufflante.

A la base, obscurité absolue, pas de signes d'épanchements.

En avant on a les mêmes signes qu'en arrière, on perçoit en plus, à droite, quelques craquements. Pas d'expectoration. Rien au cœur ni aux autres organes.

Pendant trois semaines, où on la traite par des injections sous-cutanées de cacodylate de soude et la suralimentation la malade est absolument apyrétique.

10 juillet. — Elle accouche normalement à huit mois d'une fille saine pesant 2 kilogrammes.

La température, le lendemain, est encore normale, mais le surlendemain elle monte à 38°5 et, pendant les dix jours suivants, oscille de 37°6 le matin à 38°5 le soir. Malgré l'absence de tout signe d'infection puerpérale, on note cependant 39°4 et 39 degrés aux cinquième et sixième jours.

La malade part le 22, son enfant est vigoureux et pèse 2.200 grammes.

OBSERVATION XXII

(Observation 505, année 1903).

Marie D..., dix-neuf ans, primipare, entre à la Maternité le 5 juillet 1903, venant de l'hôpital de la Croix-Rousse où elle était soignée pour bronchite.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Personnellement la malade a été bien portante jusqu'à l'âge de seize ans ou elle eut une bronchite qui dura trois mois.

Il y a un an elle eut une nouvelle bronchite depuis laquelle elle tousse et crache. Elle était soignée à la Croix-Rousse où elle fut prise de douleurs.

5 juillet. — Elle accouche d'un garçon vivant et vigoureux pesant 2.940 grammes ; le travail ayant duré douze heures.

L'enfant est mis à la crèche.

La température qui avant l'accouchement décrivait de petites oscillations autour de 38 degrés, le lendemain monte à 38°9' et présente, les jours suivants, de grandes oscillations entre 37°8 le matin et 39°5 le soir.

L'état général s'aggravant sensiblement, elle part le 13 juillet pour rentrer le neuvième jour après son accouchement dans le service de médecine de la Croix-Rousse d'où elle venait.

OBSERVATION XXIII

(Observ. 440, année 1904.)

Justine-Aimée F..., vingt-quatre ans, repasseuse, secondipare.

Son père est mort phtisique à trente-six ans ; sa mère, qui a cinquante ans, eut une pleurésie il y a cinq ans, et est maintenant en bonne santé. Ses frères et sœurs sont bien portants.

La malade a eu une jeunesse entachée de nervosisme, quelques maux de gorge à vingt ans. Opérée par le Dr Polosson pour un anthrax à la fesse, elle eut une bronchite à vingt-deux ans qui récidiva au cinquième mois de la grossesse actuelle.

Réglée à treize ans, elle a, depuis l'âge de dix-sept ans, des pertes blanches qui n'ont jamais cessé.

Elle accouche le 26 mai, avant terme à sept mois et quelques jours, après un travail d'une heure et demie, d'un garçon pesant 1 kg. 880 que l'on mit à la crèche.

Le lendemain de l'accouchement, elle passe à la 1^{re} infirmerie, à cause de son état général.

Déjà depuis six mois elle était très malade, elle crachait souvent du sang, le matin au lever, et avait de fréquentes quintes de toux rauque et sèche.

A l'examen, la malade, très amaigrie et anémique a des creux sus et sous-claviculaires très marqués, elle est opresée.

A l'auscultation on trouve :

A gauche, en arrière, et en avant, des signes cavitaires des plus nets ;

A droite, signes cavitaires moins nets, avec râles crépitants secs ;

Le pouls bat à 90, la température décrit des oscillations autour de 38 degrés dans les premiers jours, atteint 39 degrés le treizième jour de l'accouchement, présente alors des oscillations entre 38 et 39 degrés, 39°,2, atteignant même 39°,5 le quinzième jour.

Vu la marche toujours progressivement ascendante de la température et la persistance de son mauvais état général, on envoie la malade dans un service de médecine de l'Hôtel-Dieu.

OBSERVATION XXIV

(Observ. 763, année 1904.)

Amélie B..., vingt-huit ans, repasseuse, secondipare.

A noter dans les antécédents héréditaires sa mère morte de bronchite à cinquante-six ans.

Personnellement, rien à signaler, sauf une rougeole à dix ans.

Le premier accouchement se fit normalement à terme ; la

petite fille bien portante ne fut nourrie par sa mère que les trois premiers jours.

Dans le courant de l'hiver, un mois avant les dernières règles, la mère se mit à tousser et à cracher, et dans son expectoration, elle remarqua à deux ou trois reprises des filets de sang.

Les dernières règles datent du 15 janvier 1904.

Elle entre le 12 septembre de la même année,

A l'examen on note au sommet droit, en arrière à la percussion une submatité s'étendant dans les deux tiers supérieurs du poumon, à l'auscultation de l'obscurité respiratoire et quelques craquements après la toux.

Aux deux bases signes de bronchite banale.

La température est à 37°,5.

Le jour de son entrée elle accouche prématurément à sept mois d'un garçon bien constitué pesant 1.618 grammes.

Les trois jours suivants la température monte vers 38 degrés, le soir du quatrième jour elle atteint 38°,6, et 39°4 le sixième jour, avec un pouls à 110.

L'examen bactériologique des crachats décèle la présence de nombreux bacilles de Koch.

La température baisse un peu les jours suivants mais décrit encore de grandes oscillations, entre 37°,5 le matin et 38°,2 à 39 degrés le soir.

L'enfant est mis à la crèche le neuvième jour.

Malgré la gravité de son état l'accouchée part le douzième jour après son accouchement.

OBSERVATION XXV

(Observ. 833, année 1904.)

Suzanne L..., repasseuse, primipare.

Rien dans les antécédents héréditaires.

A six ans, elle eut une rougeole et une bronchite.

Entre le 6 octobre à la Maternité.

Pendant le travail survient une hémorragie évaluée à

600 grammes qui s'arrête aussitôt la délivrance artificielle faite.

Lavement de sérum de 400 grammes.

L'enfant est une fille vivante et vigoureuse pesant 2.600 grammes, que l'on fait mettre le lendemain en nourrice au sein.

La température, à 37 degrés le jour et le lendemain de l'accouchement, monte les jours suivants à 37°5, 38°2, 38°8 et, le sixième jour, à 39°8.

Parallèlement à la température, le pouls de 80 monte à 136.

Le point de départ n'était ni génital, ni intestinal; on examine le système respiratoire, où l'on constate des lésions pulmonaires bilatérales : ramollissement au sommet droit, légère infiltration au sommet gauche.

Rien aux bases.

Le matin de son départ, au neuvième jour, on constatait une température à 39 degrés, un pouls à 130.

OBSERVATION XXVI

(Observ. 129, année 1905.)

Marie C..., vingt ans, tulliste, entre à la 1^{re} Infirmerie le 31 janvier 1905, venant de l'Hôtel-Dieu.

La malade était sujette auparavant à s'enrhumer les hivers, mais c'étaient des bronchites passagères et elle ne fait remonter en somme sa maladie actuelle qu'au début de sa grossesse, il y a sept mois.

Les dernières règles ont fini le 28 juin 1904. Depuis, elle a rapidement maigri et perdu ses forces; elle avait une toux sèche avec expectoration muqueuse, jamais d'hémoptysies. La toux, survenait surtout la nuit, et souvent était suivie de vomissements; ces derniers n'étaient cependant ni assez forts, ni assez fréquents pour expliquer l'état de dénutrition où elle se trouvait.

L'état général allait s'aggravant de jour en jour, lorsqu'au

début de décembre elle ressentit des picotements et des douleurs dans la région laryngienne; en même temps, la voix devenait rauque et voilée.

Elle entre alors à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le Dr Garel, où l'examen laryngoscopique confirme le diagnostic de tuberculose laryngée.

Les phénomènes laryngés s'accroissent progressivement; les douleurs s'irradient à l'épaule, la voix est rauque; par moment même, l'aphonie est complète. Toux fréquente et rauque comme la voix.

Enfin, depuis trois semaines, la déglutition elle-même est devenue douloureuse.

Etat actuel. — Malade pâle, amaigrie. Respiration fréquente, bruyante, un peu de tirage.

Examen des poumons. — *A l'inspection*, amaigrissement très accentué de la paroi thoracique avec rétraction sous-claviculaire.

Percussion douloureuse aux deux sommets; sonorité diminuée, surtout à gauche.

Auscultation. — Dans la moitié inférieure des deux poumons, râles sous-crépitaux de congestion pulmonaire.

Aux sommets, râles plus nombreux à gauche où, par instants, ils donnent l'impression de gargouillements. Respiration soufflante des deux côtés.

Examen laryngoscopique n'a pas été fait.

Rien au cœur, ni albuminurie, ni œdèmes.

La température oscille entre 38 et 39 degrés.

6 février. — Depuis deux jours, la gestante est prise de douleurs utérines; *on ne donne pas de laudanum*; les coliques s'accroissent et elle passe à la Maternité.

Elle y accouche sans incident d'une fille vivante pesant 1.550 grammes. Le travail a duré seize heures.

7 février. — La température s'élève à 39°4, puis à 39°8 le 8 et 40°5 le 9. Les jours suivants, grandes oscillations atteignant 40 degrés le soir. Huit jours après, les oscillations sont plus faibles, mais la courbe est voisine de

40 degrés. En même temps, les lésions s'aggravent considérablement et, le 23 février, elle rentre dans un service de médecine à l'Hôtel-Dieu.

OBSERVATION XXVII

(Observ. 481, année 1905.)

Jeanne D..., vingt ans, modiste.

Le père de la malade s'est marié deux fois et est mort d'une maladie de cœur. De la première union sont issues deux filles dont l'une mourut d'une affection cardiaque et l'autre à trente-cinq ans de tuberculose. Jeanne D... est la seule enfant de la seconde femme, laquelle est en bonne santé.

Dans les antécédents personnels, on ne trouve rien jusqu'à dix-sept ans. Elle eut alors, à la suite d'un froid, une bronchite qui traîna et ne se guérit pas aux dires de la malade, car elle tousse à la moindre occasion. Cependant sa santé et son état général avaient été bons jusqu'au début de la grossesse actuelle. Il y a eu recrudescence de la toux et de l'expectoration et en même temps un amaigrissement notable. Pas d'hémoptysie.

Elle s'est mariée il y a un an et demi. Son mari est bien portant.

La grossesse actuelle est de six mois et quelques jours et a été bien supportée pendant les deux premiers mois, malgré une toux insignifiante.

Au mois de janvier, la malade prit froid et dut garder le lit durant quelques jours.

La toux était intense, l'anorexie complète.

Depuis, malgré des rémissions passagères, l'état général ne s'est pas amélioré. L'amaigrissement n'a fait que croître, la toux est devenue ces derniers temps émétisante. Pas de transpiration exagérée. Expectoration muco-purulente.

Examen. Poumons, en avant :

A gauche, submatité sous-claviculaire. Respiration très soufflante. Pluie de craquements secs. Retentissement de la voix et de la toux.

A droite, submatité moins marquée qu'à gauche.

Respiration rude, soufflante, expiration prolongée. On ne perçoit pas de craquements, mais un retentissement léger de la toux et de la voix.

En arrière. — Dans toute la moitié du poumon gauche, submatité avec respiration soufflante. Craquements très parsemés.

A droite, même signes qu'en avant.

Les vibrations sont exagérées aux deux sommets.

La température, pendant les cinq jours qui précèdent l'accouchement, est de 37°5 et dépasse rarement 38 degrés.

26 mai. — La malade accouche prématurément à six mois et demi d'un garçon vivant pesant 1.200 grammes. Le travail a été normal comme durée et comme marche.

27 mai. — Au soir, le thermomètre accuse 38°8 puis 39°5 le 29. Pendant les douze jours qui suivent, la température reste entre 39 degrés et 39°5.

Rien d'utérin, on fait cependant le lendemain de l'accouchement une injection intra-utérine.

Du côté des poumons, au contraire, les signes se sont aggravés.

Malgré la fièvre et son mauvais état général, la malade quitte le service le 9 juin.

OBSERVATION XXVIII

(Observ. 614, année 1905.)

Claudine A..., trente-quatre ans, repasseuse, entre le 26 juin 1905, à la Maternité, où elle accouche à terme d'un garçon vigoureux du poids de 3 kg. 100.

Ses parents sont inconnus ; de son côté, elle a toujours

été faible de constitution, a souffert d'une anémie profonde, dit-elle, de seize à vingt-six ans.

Elle a eu précédemment cinq grossesses, dont les deux dernières sont venues à terme. Ces deux enfants sont en bonne santé.

Au mois d'avril, étant enceinte de cinq mois et demi, elle eut une grippe à forme pulmonaire qui lui laissa une bronchite dont elle ne se remit pas.

Elle tousse beaucoup et vomit souvent après.

Pas d'hémoptysie, mais expectoration muco-purulente.

Depuis quelque temps, la malade souffre du larynx et semble présenter des signes de lésions laryngées d'origine bacillaire. (L'examen laryngoscopique n'a pu être fait.)

A l'examen des poumons on note, en arrière, submatité et respiration soufflante des deux côtés, avec, à droite, quelques râles très rares.

En avant, sonorité exagérée à gauche, râles fins assez nombreux à droite.

Rien aux bases.

Rien au cœur.

Avant d'accoucher, la température est de 37 degrés et 37°5. Le lendemain 38 degrés, le surlendemain 38°8. Pendant les douze jours qui suivent, la courbe décrit des oscillations de 1 degré, entre 37°5 le matin et 38°5 le soir.

Elle quitte le service le 13 juillet 1905.

OBSERVATION XXIX

(Observ. 814, année 1905.)

Alice B., vingt-neuf ans, primipare.

Enceinte de huit mois un quart, la malade est prise le 30 août des premières douleurs. Elle entre aussitôt à la Maternité où l'accouchement sans incident se termine par la naissance d'une fille vivante pesant 2.370 grammes.

Ses antécédents héréditaires sont sans intérêt.

Personnellement, elle n'a fait aucune maladie grave et on ne trouve aucun antécédent pulmonaire.

Elle s'est mariée il y a un an. Son mari était à cette époque en pleine évolution tuberculeuse, il toussait et crachait et est mort au moment où la malade était enceinte.

Le jour de l'accouchement, 30 août, la température est de 37°5. Le troisième jour elle saute brusquement à 39 degrés et décrit les jours suivants de hautes oscillations.

5 septembre. — Tandis qu'au matin elle est à 37°8 elle atteint le soir 39°8.

A l'auscultation, on perçoit nettement un foyer de râles localisé dans l'aisselle droite. Pas d'autres signes dans le reste des poumons.

Toux légère, pas d'expectoration.

Etant donné la contagion possible par son mari, on pense à la tuberculose bien que les signes stéthoscopiques soient peu nets.

On fait deux jours de suite des injections intra-utérines qui n'influent en rien sur la température ; on l'a fait passer à la 1^{re} infirmerie.

Là les signes s'accroissent rapidement, toux, expectoration, température oscillant de 37°6 à 39 degrés.

A l'auscultation, on constate que tout le sommet droit respire très mal : il y a de l'obscurité sur toute la hauteur, sans râles sauf au sommet où ils sont très fins.

Matité très nette à la base et remontant jusqu'à l'omoplate. Pas de signes d'épanchement. Du côté gauche : rien.

20 septembre. — La température se maintient à 39 degrés, l'état général est mauvais, la toux fréquente est souvent suivie de vomissements.

Puis la température reste stationnaire entre 39 et 40 degrés.

14 octobre. — La malade part dans un état grave, le thermomètre marquant de 38 degrés le matin et 39°8 le soir.

OBSERVATION XXX

(Observ. 839, année 1905.)

Antoinette D., vingt-cinq ans, modiste, primipare, est admise, le 12 août 1905, d'urgence à la Maternité.

Elle est enceinte de huit mois.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Personnellement elle est malade depuis quatre ans. Elle eut à cette époque une bronchite dont elle ne guérit pas.

Huit jours avant son entrée son état s'aggrava brusquement; la veille elle eut deux crises de dyspnée dans la journée, crises caractérisées par une sensation d'étouffement, de la dilatation des pupilles, bourdonnement d'oreilles et enfin perte de connaissance.

Un médecin fut appelé qui ordonna son transfert immédiat à la Charité.

A son arrivée, elle se plaint de difficulté à respirer et d'un point douloureux au niveau de l'omoplate gauche.

Grâce à des compresses chaudes et à une potion opiacée elle se trouve mieux et prend un peu de repos coupé d'accès de suffocation et de toux accompagnée d'expectoration muqueuse.

Le lendemain, 13 août, on l'examine et on constate au pharynx des ulcérations.

Aux poumons, l'auscultation rendue difficile par la gêne respiratoire et la propagation des bruits laryngiens, permet de diagnostiquer une infiltration avancée de toute la moitié supérieure du poumon droit.

On note encore de la bronchite généralisée et de la congestion des bases surtout à gauche.

L'amaigrissement est extrême, la voix complètement éteinte; il y a une grosse dyspnée.

16 août. — Grâce au traitement, la gêne respiratoire a un peu diminué; la température est peu élevée 37°5 à 38 degrés.

11 septembre. — Elle est prise des premières douleurs. Jusque-là l'état général s'est amélioré, la température durant la dernière semaine a été normale.

Elle accouche, le 11 septembre, normalement, d'un enfant vigoureux pesant 3.250 grammes.

Pas d'aggravation notable les jours suivants.

Du côté des poumons :

En avant : on a de la diminution du murmure vésiculaire des deux côtés sans bruits anormaux ni matité.

En arrière à gauche : matité au sommet, inspiration rude, quelques craquements.

A droite : submatité au sommet, diminution du murmure, pas de bruits anormaux.

Rien aux bases.

Au larynx : pas de signes fonctionnels, pas de dysphagie, toux fréquente, non quinteuse.

La gêne respiratoire a à peu près disparu.

La température s'élève légèrement autour de 38 degrés durant une semaine puis redevient presque normale.

OBSERVATION XXXI

(Observ. 268, année 1906.)

Virginie S..., âgée de trente ans, entre le 5 mars 1906 à la 1^{re} Infirmerie.

Aucun antécédent héréditaire ni personnel jusqu'à son premier accouchement qui eut lieu il y a deux ans. Elle accoucha normalement à terme à la Maternité de la Charité, sans accident.

Elle eût à ce moment une bronchite accompagnée d'expectoration sanguinolente.

Elle est actuellement enceinte pour la seconde fois, ses dernières règles datent du 10 juillet 1905. Depuis cette date, elle s'est mise à tousser un peu, mais sans atteinte de l'état général. Vers le mois d'octobre (troisième mois), elle

perdit progressivement l'appétit, eut des accès de toux surtout le matin au réveil et se mit à maigrir. Voyant ses symptômes s'accroître, elle fait un séjour à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Pic qui la traite par des lavements créosotés.

Sous l'influence de ce traitement son état s'améliore et elle va faire un séjour à l'asile des femmes convalescentes. Durant ce temps, elle eut quelques hémorragies utérines légères.

Depuis huit jours ont apparu des hémoptysies qui se sont répétées tous les jours, parfois assez abondamment.

A l'entrée, on est en présence d'une femme amaigrie, oppressée, pâle. Sa toux, plus fréquente le soir, est rauque et quinteuse. L'expectoration est séreuse avec quelques filets sanguinolents et des îlots purulents.

Elle se plaint de sueurs nocturnes abondantes, de douleurs abdominales et de son anorexie absolue.

A l'examen. — En avant, la sonorité est diminuée des deux côtés avec submatité plus marquée sous la clavicule droite.

En arrière, submatité aux deux sommets s'accompagnant à droite d'exagération des vibrations.

A l'auscultation, sous la clavicule gauche, on note une respiration rude, non soufflante avec expiration prolongée.

A droite, râles inspiratoires humides disparaissant après la toux pour reprendre peu après ; leur timbre métallique rappelle un peu le gargouillement.

En arrière, craquements à gauche. Inspiration rude dans le reste des deux poumons où on perçoit, en plus, des signes légers de bronchite diffuse. A la base gauche, quelques râles humides.

18 mars. — quinze jours après son entrée, elle a le soir une grosse hémoptysie qui se continue la nuit. Insomnie, toujours pas d'appétit. La température oscille entre 37 et 38 degrés.

27 mars. — La malade est prise brusquement d'une

hémorragie violente (1 kg. 250), on la porte à la Maternité : placenta prævia ; rupture de la poche des eaux, l'hémorrhagie s'arrête.

Six heures après, la malade accouche spontanément d'une fille pesant 1 kg. 600 qui meurt presque aussitôt.

L'autopsie de l'enfant faite ne montre aucune trace de tuberculose.

Le lendemain et les jours suivants la température s'élève à 38 $\frac{1}{4}$ puis 38°8, présentant de temps en temps le type inverse. Elle est très anémiée ; les signes aux deux sommets vont s'accroissant.

On reprend le traitement par les lavements au cacodylate de soude.

La température, les quinze jours suivants, reste entre 38 et 39 degrés, puis diminue et se maintient vers 38 degrés. De temps en temps quelques poussées thermiques.

Après une amélioration légère, la température se remet à décroître de grandes oscillations. La malade quitte le service pour aller à la campagne.

OBSERVATION XXXII

(Observ. 778, année 1906.)

Marie-Louise L..., vingt-six ans, primipare, entre le 30 août à la Maternité.

La malade nous dit que sa mère est morte d'un refroidissement à vingt-neuf ans.

Quand à elle, elle n'a jamais fait de maladie grave, mais a toujours été faible, surtout depuis sa puberté.

Quelques temps après ses dernières règles, qui datent du 12 décembre 1905, elle se mit à tousser, elle a eu quelques vomissements durant les deux premiers mois et s'est amaigrie.

Elle accouche, le 31 août, prématurément à huit mois d'un garçon vivant, pesant 2.160 grammes.

Pas d'incidents pendant le travail, qui dura seize heures.
L'enfant est aussitôt placé à la crèche.

La température, de 37 degrés avant l'accouchement, monte progressivement les quatre jours suivants à 38°8, ainsi que le pouls qui, de 80, passe à 120.

5 septembre. — Elle passe à la 1^{re} infirmerie.

A l'examen, on ne note rien du côté utérin, ni du côté des seins; abdomen souple, non douloureux.

Elle a une expectoration abondante et sue abondamment la nuit.

A l'auscultation, au sommet gauche, nombreux râles humides.

La température, qui se maintient autour de 38°5, affecte le type inverse.

Beaucoup d'albumine dans les urines.

L'accouchée sort, malgré son état, le 12 septembre.

OBSERVATION XXXIII

(Observ. 46, année 1907.)

Marthe T..., couturière, vingt-trois ans, secondipare, entre pour accoucher le 18 janvier.

Père mort d'attaque, mère bien portante. Sur ses cinq frères, un est tuberculeux et deux sont morts tuberculeux.

Pendant son adolescence, elle a eu des bronchites multiples et prolongées et, à deux reprises, des hémoptysies de sang rutilant et spumeux.

A l'examen, à gauche, diminution très marquée du murmure vésiculaire; à droite, matité dans la fosse sus-épineuse avec léger retentissement de la voix. Rien aux bases.

Elle accouche à terme le 18 janvier, après un travail sans incidents, d'un garçon vigoureux, pesant 3.480 grammes.

Jusqu'au huitième jour, les suites de couche sont normales.

Le huitième jour au soir, la température monte brusque-

ment à 38°2, le pouls à 90; la malade tousse et eternue; la température reste ainsi jusqu'au dixième jour, où elle baisse complètement le matin pour remonter le soir à 38°4, ainsi que le pouls qui bat à 96.

Elle ne souffre pas du ventre, et le onzième jour au matin, elle part, la température étant à 37°2, le pouls à 84.

OBSERVATION XXXIV

(Observ. 230, année 1907.)

Camille L..., âgée de vingt-sept ans, veloutière, entrée le 21 mars, à la Maternité. Primipare.

Père vivant, mère morte d'épuisement (tuberculose?).

Elle-même a joui, jusqu'à sa grossesse, d'une bonne santé.

Elle accouche, le 21 mars, à terme et sans incident, d'un garçon vigoureux, pesant 2.640 grammes. Durée de l'accouchement, douze heures.

Suites de couches. — La température, normale le lendemain, monte le troisième jour à 38°6 et arrive à 39 degrés le cinquième jour, pour s'y maintenir durant quatre jours. On fait quelques injections qui ramènent quelques rares débris. Pas de phénomènes abdominaux.

A partir du dixième jour, défervescence incomplète.

A ce moment des sueurs nocturnes apparaissent.

Il n'y a pas de signes utérins. Au contraire, au poumon gauche, on perçoit des modifications respiratoires, mais sans craquements. La température reste au voisinage de 38 degrés, jusqu'à son départ pour l'asile des convalescents, qui a lieu vingt jours après l'accouchement.

OBSERVATION XXXV

(Observ. 498, année 1907.)

Marie G..., vingt-huit ans, ménagère, entrée le 14 juin à la Maternité, VI pare.

Père maladif ; trois sœurs bien portantes, un frère mort en bas âge ; pas d'antécédents personnels à signaler.

La malade entre, le 11 juin, à la I^{re} infirmerie, parce qu'elle toussait et vomissait beaucoup.

A l'auscultation, il y a de la submatité au sommet droit, surtout en avant, avec retentissement de la voix et de la toux ; souffle, râles et gargouillements cavernuleux.

A gauche, signes légers d'induration du sommet. La température est de 37°5 à 37°7.

14 juin. — Les vomissements et la toux s'étaient améliorés depuis son entrée lorsqu'elle entre en travail.

Elle accouche à la Maternité d'un garçon vivant, pesant 2 kg. 970. Pas d'incidents.

De retour à la I^{re} infirmerie, la température s'élève, le lendemain, à 38°4 ; le surlendemain, elle atteint 39 degrés. On lui fait des injections intra-utérines jusqu'au 20 juin.

L'état général est assez satisfaisant ; la malade s'alimente et ne vomit pas.

La température, cependant, se maintient au voisinage de 39 degrés, en même temps les lésions pulmonaires augmentent ; les râles fins sont plus nombreux ; le souffle s'entend sur tout le tiers supérieur du poumon gauche en avant. L'expectoration est abondante.

2 juillet. — La température se maintenant, on fait passer la malade en médecine à l'Hôtel-Dieu.

OBSERVATION XXXVI

(Observ. 510, année 1907.)

Marie V..., trente-sept ans, ménagère.

Six frères bien portants ; père mort probablement de tuberculose.

Antécédents personnels. — Bonne santé jusqu'à cette année. A eu quatre enfants qu'elle a nourri elle-même au sein et tous bien portants.

Les dernières règles datent de six mois à l'entrée dans le service. C'est depuis ce temps qu'elle s'est senti maigrir et s'affaiblir.

Auscultation. — De chaque côté on a de la sonorité dans la moitié supérieure et de la matité aux bases ; percussion douloureuse.

Dans les fosses sus et sous-épineuses, on entend un souffle tubaire, mais peu de râles, ni gargouillement ; retentissement de la toux et de la voix. Expectoration purulente peu abondante.

Donc tuberculose avancée à grosses cavernes.

Elle reste un mois au traitement de la suralimentation. La température oscille entre 38 et 39 degrés.

17 juin. — Elle accouche prématurément, à huit mois et quart, d'un garçon pesant 2 kg. 110. Aucun incident ; durée du travail : 7 heures.

La malade, qui s'était maintenue jusqu'alors dans un état presque satisfaisant, étant donné l'état avancé des lésions, décline rapidement après l'accouchement.

Sa faiblesse et son expectoration se sont considérablement accrues. Insomnies pénibles. A l'auscultation, nombreux râles et gargouillements. Signes légers de dysphagie et de dysphonie. Température à grandes oscillations de 38 à 40 degrés.

Dix jours après, l'affaiblissement progresse ; la dyspnée augmente ; délire la nuit.

A l'auscultation on a, à gauche du sternum, un petit espace où on perçoit un souffle amphorique très net, avec tintement métallique : pas de bruit d'airain, il s'agit d'un petit pneumothorax très localisé et cloisonné.

Le 6 août, c'est-à-dire dix-neuf jours après l'accouchement, la mort survient.

OBSERVATION XXXVII

(Observ. 673, année 1907.)

Françoise B., primipare âgée de vingt ans entre le 10 août 1907 à la Maternité.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires et personnels.

L'expulsion de l'enfant est normale; fille vivante vigoureuse pesant 4.450 grammes; vingt minutes après hémorragie violente de 1.700 grammes nécessitant la délivrance artificielle.

De 37°4 avant l'accouchement, la température monte le soir à 38°6 puis à 39°4, le troisième jour, on fait alors passer la malade à la 1^{re} infirmerie. A ce moment, 14 août, l'appétit est bon, la malade se sent bien; ni diarrhée, ni constipation. La malade tousse depuis peu; elle dit d'ailleurs quelle est sujette à tousser à la moindre occasion.

On constate à l'auscultation quelques râles de bronchite disséminés et une respiration soufflante à droite. La température est de 39 degrés le soir.

Durant les quinze jours suivants, la toux persiste, la température est à 38 degrés ne différant du matin au soir que de quelques dixièmes de degré.

Pendant la semaine du 5 au 12 septembre l'état général s'aggrave; l'appétit disparaît progressivement.

Les signes pulmonaires s'accroissent à droite et apparaissent à gauche; de plus, signes de pleurésie sèche à droite.

En même temps la température restant à 38 degrés le matin monte et dépasse 39 degrés le soir. La malade sort le 11 septembre pour aller à la campagne.

OBSERVATION XXXVIII
(Observ. 877, année 1907.)

Marie D. vingt-six ans, cartonnrière, quartipare.

Pas d'antécédents héréditaires. Père mort d'éthylisme invétéré.

Bonne santé jusqu'à sa quatrième grossesse. Les 3 précédentes ont été bien supportées, 2 enfants sont vivants, l'autre est mort à 2 mois 1/2 de gastro-entérite.

Dès le début de la grossesse actuelle (dernières règles 26 janvier), elle a commencé à maigrir ; vers le quatrième mois elle a eu 2 hémoptysies assez abondantes. Depuis elle a une toux sèche et une expectoration mucopurulente assez réduite.

Respiration soufflante et rude aux deux sommets avec quelques craquements.

Appétit conservé, ni diarrhée, ni constipation, facies pâle, langue saburrale.

Le 23 septembre, à l'entrée : 38°2.

Le 27 la température se maintient et présente le type inverse.

Présence de bacilles de Koch reconnue à l'examen bactériologique de crachats.

Le 18 octobre accouchement sans incident, travail durant quinze heures. Garçon vivant pesant 2.290 grammes.

Le lendemain matin, 38°2, point de côté à gauche.

Le 21 au matin, 39°4.

Le 22 accès intense de dyspnée (oxygène).

La malade s'obstine à partir malgré l'excessive gravité de son état général.

OBSERVATION XXXIX

(Observ. 914, année 1907.)

Alexandrine V..., vingt-six ans, ménagère, secondipare.

Pas d'antécédents, sauf une sœur morte à vingt et un ans, probablement de tuberculose pulmonaire.

Bonne santé jusqu'à l'année dernière où elle a eu une bronchite avec une hémoptysie.

Elle a eu une première grossesse qui se serait terminée par une fausse couche d'un mois environ.

Elle est, à son entrée, enceinte de sept mois et demi et vient parce qu'elle maigrit, a de l'anorexie et des troubles digestifs et qu'elle tousse.

Depuis le début de la grossesse, à chaque mois et correspondant à l'époque de ses règles, la malade a eu une hémoptysie. Elle a en même temps une toux quinteuse violente, surtout la nuit.

Expectoration irrégulière.

Amélioration légère durant le mois précédent.

Examen, 26 septembre.

Respiration rude, soufflante aux deux sommets, bruits de frottement. Craquements et râles humides surtout au sommet gauche.

Anorexie absolue, digestions pénibles, soif.

Température 37°5. Pas d'albumine.

27 septembre. — Accès nocturne intense de dyspnée.

Température normale. Expectoration muco-purulente.

1^{er} octobre. — Examen bactériologique des crachats ; nombreux bacilles de Koch.

29 octobre. — Abondante hémoptysie, température oscillant entre 37 et 38 degrés.

31 octobre. — Accouchement normal ; durée du travail neuf heures.

1^{er} novembre. — Au soir, la température est de 38°8 et se maintient ensuite entre 38°5 et 39°5.

Les jours suivants, l'état général s'aggrave visiblement, les lésions pulmonaires augmentent, la courbe de température décrit de grandes oscillations entre 38 degrés et 39°5.

25 novembre. — L'état est très mauvais, on la fait passer en médecine.

OBSERVATION XL

(Observ. 1.029, année 1907.)

Mariette V..., âgée de trente-cinq ans, entre, le 9 décembre 1907, à la Maternité. Elle y accouche le jour même d'une fille vigoureuse pesant 3.370 grammes.

Elle a eu jusqu'à ce jour sept accouchements, tous à terme ; cinq enfants sont vivants et bien portants.

Il y a trois ans, la malade a souffert d'une pleurésie qui guérit après une ponction qui retira 1300 grammes de liquide. Elle ne toussait pas alors, affirme-t-elle.

Les sept premiers mois de la grossesse ont été bien supportés ; ce n'est qu'il y a deux mois qu'elle se mit à tousser.

Le poumon droit ne présente aucun signe de lésion.

Au sommet gauche, bacilliose fibreuse : matité, résonnance de la voix et de la toux, quelques craquements, vibrations exagérées en avant et en arrière.

Les suites de couches ont été absolument indemnes de complications puerpérales ; mais la température, normale les cinq premiers jours, a été s'accroissant et les sept derniers jours la courbe présentait de grandes oscillations de 37°4 le matin à 39 degrés le soir. La malade rentre chez elle le 24 décembre malgré les observations qui lui sont faites.

OBSERVATION XLI

(Observ. 150, année 1908.)

Louise-Marie F., dix-neuf ans, primipare, entre le 16 février à la Maternité.

Son père est mort âgé, sa mère est vivante, elle a une sœur atteinte de tuberculose pulmonaire.

Sauf une bronchite à l'âge de trois ans, rien à signaler dans ses antécédents personnels.

Elle est actuellement arrivée presque à terme.

Vers le troisième mois sa voix est devenue rauque et à la suite, dit-elle, d'un coryza elle s'est mise à tousser.

Le jour même de l'entrée, elle accouche sans accidents d'une fille vigoureuse pesant 3.130 grammes. Le travail a duré vingt-sept heures.

Le lendemain, température normale, puis le surlendemain élévation à 38 degrés. En sept jours, elle arrive progressivement à 39°4. Malgré l'absence de signes d'infection et de rétention on lui fait régulièrement des injections intra-utérines. La malade ne souffre pas. Le ventre est souple, non douloureux; l'utérus est à 3 centimètres au-dessus de la symphyse, Rien aux seins.

On examine l'appareil respiratoire et on constate des signes de bronchite bacillaire au sommet gauche,

Après cette poussée, la température retombe sans devenir absolument apyrétique durant les quatre derniers jours de février. Puis elle remonte progressivement dépassant chaque jour au soir la température de la veille. Les signes physiques explorés méthodiquement montrent l'extension des lésions.

6 mars. — L'examen bactériologique des crachats donne un résultat positif au sujet de la présence du bacille de Koch.

15 mars. — La température s'élève le soir à 40 degrés.

Pendant les sept jours suivants elle décrit de grandes oscillations de $38^{\circ}4$ à $39^{\circ}5$ et même 40 degrés. On constate en plus des lésions bacillaires des sommets qui vont s'accroissant et des signes de congestion de la base gauche.

L'enfant a été mis dès la constatation de la poussée bacillaire en nourrice au sein.

La malade sort le 23 mars avec un état général très mauvais.

OBSERVATION XLII

(Observ. 612, année 1908.)

Marie B..., vingt-six ans, entre à la Maternité le 4 juillet 1908 et y accouche à terme d'une fille saine pesant 2.610 grammes. Il s'agissait d'une première grossesse arrivée à terme.

Les parents de la malade sont encore vivants et bien portants, mais une sœur est morte il y a quelques jours de tuberculose pulmonaire.

Personnellement, elle n'a jamais été malade; sa grossesse a été bien supportée dans les six premiers mois. Au commencement du septième, elle se mit à tousser, à perdre appétit et à maigrir; ni fièvre, ni hémoptysies.

Durant les six premiers jours après l'accouchement, la température a monté progressivement. Le septième jour, comme elle atteignait 39 degrés, on la fait passer à la 1^{re} Infirmerie. Là, des injections intra-utérines n'influent pas sur la marche de la température qui continue à monter et oscille de $38^{\circ}2$ à 39 degrés et $39^{\circ}2$. Dès l'entrée, on a ausculté soigneusement la malade et on a noté des signes d'infiltration et de bronchite diffuse prédominant à gauche.

L'examen pratiqué aujourd'hui montre que les lésions ont progressé; il existe à gauche de la matité avec craquements après la toux. A droite, les symptômes sont moins marqués.

La malade d'ailleurs se sent davantage fatiguée ; sa toux est plus fréquente, mais toujours non suivie d'expectoration. Des sueurs nocturnes ont apparû, qui la fatiguent beaucoup.

OBSERVATION XLIII

Eugénie P..., âgée de vingt-cinq ans, entre le 23 juin à la I^{re} Infirmerie parce qu'elle présente de la température après un accouchement effectué les jours avant.

Dans ses antécédents héréditaires, on note que son père est mort de bronchite chronique.

Les antécédents personnels sont assez chargés ; à sept ans, elle fut soignée pour de l'anémie à l'Hôtel-Dieu.

L'affection actuelle a débuté il y a un an par un point de côté, de la toux et une grande faiblesse. Elle fit à cette époque un séjour dans le service de M. le professeur Pic ; elle ne crachait pas et avait conservé son appétit. On y constata à gauche un épanchement pleurétique. La température était subfébrile.

Après sa sortie, elle se porta bien durant plusieurs mois, puis ses règles cessèrent au commencement de décembre ; en même temps, elle prit froid, se remit à tousser et à maigrir : A noter au commencement de février des hémoptysies légères. Les signes s'accroissant, elle rentre à l'Hôtel-Dieu où on constate, avec des signes de pleurésie gauche, des symptômes d'infiltration bacillaire prédominants à droite.

Un mois plus tard, les signes stéthoscopiques des sommets avaient peu augmenté, l'épanchement, au contraire, était entré en résolution. Elle quitte l'hôpital peu après.

Pendant les trois premiers mois qui suivirent, l'état général ne s'aggrava pas d'une façon sensible, aux dires de la malade.

23 juin. — Elle accouche chez elle, prématurément à sept mois d'un garçon pesant 1.640 grammes. Le médecin

qui l'assiste, constatant les lésions pulmonaires, l'adresse à la 1^{re} infirmerie.

24 juin. — A son entrée, la malade est maigre, le visage assez émacié, elle tousse, et crache fréquemment. L'examen des poumons révèle un ramollissement siégeant aux deux sommets. La température est le matin de 39 degrés et de 38°,5 le soir, affectant ainsi le type inverse. Etant donné la notion de l'accouchement en ville et malgré l'absence de tout signe du côté génital, on fait, quatre jours de suite, des injections intra-utérines qui ne donnent aucun résultat vis-à-vis la température.

L'examen méthodique pratiqué presque chaque jour depuis son entrée, a montré d'une façon très nette, une aggrava-tion rapide de l'état général, marchant parallèlement avec une évolution aiguë des lésions.

A l'heure actuelle, la malade est dans un état très avancé ne mangeant plus et profondément adynamique.

Depuis une semaine, la température décrit de grandes oscillations de 38 à 40 degrés. On remarque en plusieurs points de la courbe le type inverse. En somme, on a pu assister pendant un mois à une évolution extrêmement rapide des lésions.

Le lendemain de l'entrée, l'enfant a été mis à la crèche, il est actuellement vivant et bien portant.

OBSERVATION XLIV

(Observ. G. 44, année 1905.)

Femme M., vingt-neuf ans, entre le 27 avril à la Charité.

Rien dans les antécédents héréditaires.

La malade a joui d'une bonne santé jusqu'à vingt-quatre ans. Elle eut huit grossesses; les deux premières et les deux dernières seules furent menées à terme, les enfants en sont vivants et bien portants.

Il y a cinq ans, première attaque, toux et hémoptysies très légères ; un séjour à la campagne en guérit la malade.

Trois ans après, nouvelle attaque au moment où elle était enceinte de son dernier enfant, elle tousse, crache, et a des hémoptysies plus abondantes que la première fois. L'enfant vient à terme et pèse 3 kilogrammes.

Cependant, l'amaigrissement fait des progrès, et c'est dans ces conditions que commence la grossesse actuelle. Elle fut très mal supportée, la malade ne pouvait garder aucun aliment. La dénutrition est rapide.

A cinq mois et demi, elle expulse un fœtus vivant. C'est alors qu'elle entre à la 1^{re} infirmerie. La température de 38°,5 avant l'expulsion, monte en deux jours à 39°,5.

Pas de signes d'infection.

Mais à l'examen, on constate :

Au sommet droit, lésions peu marquées.

Au sommet gauche, elles sont au contraire avancées : souffle cavitair en arrière, toux retentissante.

L'état général est très mauvais, la malade est asthénique, elle tousse et crache abondamment. Pas de vomissements, pas de sueurs, pas de diarrhée.

La température monte encore les jours suivants jusqu'à 40 degrés. Jusqu'à sa sortie, elle ne descend pas au-dessous de 38°8, atteint et même dépasse 40 degrés à certains soirs.

Les injections intra-utérines que l'on fait sont sans influence sur la fièvre.

Malgré son état excessivement grave, elle quitte le service le 13 mai 1905.

OBSERVATION XLV

(Observ. G. 75, année 1907.)

Jeanne G..., âgée de trente-cinq ans, vient à la 1^{re} infirmerie sur les conseils d'un médecin qui l'a vue.

Elle a, en effet, accouché en ville avec l'aide d'une sage-

femme qui dut faire une délivrance artificielle pour une hémorragie survenue aussitôt après : elle ne semble, au dire de la malade, n'avoir pris aucun soin d'asepsie.

Deux jours après, la malade a des frissons et des syncopes, elle entre à la Charité.

Les parents de la malade sont morts tuberculeux ; elle-même tousse depuis un certain temps, et sur treize enfants qu'elle a eu, neuf sont morts de méningite ou de la poitrine.

A l'entrée, la température est de 38 degrés, on constate des signes de tuberculose fibreuse des deux sommets, auxquels s'ajoutent dans tout le poumon des râles de bronchite diffuse, qui sont certainement d'origine récente.

Les jours suivants, la fièvre, quoique peu intense, a tendance à s'élever.

Le 28 (dix jours après son entrée), la malade, malgré les conseils de M. le Chef de Service, s'obstine à quitter l'hôpital.

OBSERVATION XLVI

(Observ. H. 3, année 1903.)

Femme X..., âgée de vingt-deux ans. Secondipare.

On ne relève, dans les différents antécédents de la malade que de la chloro-anémie qui dura un an et fut soignée en 1900.

Elle fut réglée à treize ans, et eut, il y a dix-huit mois, une première grossesse qu'elle mena à terme sans incidents.

Il y a quatre mois, elle eut ses dernières règles, puis se mit à souffrir de maux de reins et de vomissements.

Sa grossesse était arrivée au troisième mois, lorsqu'elle eut un avortement qui se fit en deux temps.

Peu après elle se met à tousser et à avoir de la fièvre ; le médecin qui la voit la fait entrer le 27 octobre à la 1^{re} Infirmerie de la Charité.

A son entrée on constate du côté droit des signes de pneumonie aiguë : souffle tubaire, résonnance vocale, exaspération des vibrations. En même temps asthénie cardiaque. La température à l'entrée est de 38°5 en moyenne. Pendant quinze jours elle oscille de 38°5 à 39°5 ne descendant pas au dessous de 38 degrés et s'élevant de temps en temps jusqu'à 40 degrés.

Devant la persistance de la fièvre le 16 novembre on envoie des crachats au laboratoire pour l'examen bactériologique. La réponse faite le lendemain signale l'existence de nombreux bacilles de Koch révélés par la méthode de Ziehl, par contre pas de pneumocoque. Pendant un mois encore la courbe de température reste entre 38 et 39 degrés ; elle tend cependant à se rapprocher de la normale, mais on note encore de grandes oscillations de 1 à 2 degrés, de 37 degrés le matin à 38°5, le soir.

La malade part le 30 novembre 1903.

OBSERVATION XLVII

(Observ. 132, année 1908.)

Marie V., trente ans entre le 9 mars 1908 à la Charité.

Les parents sont morts d'affections inconnues. Elle eut 8 grossesses, 4 enfants sont morts d'affections sans intérêt sauf le dernier qui eut une méningite.

Les 4 survivants sont sujets aux bronchites, c'est ainsi que l'aîné âgé de douze ans a déjà été atteint 5 fois, dit la malade.

L'affection actuelle a débuté aussitôt après sa dernière grossesse. Elle accoucha il y a deux mois à l'Hôtel-Dieu, et c'est à sa sortie que, dit-elle, elle prit froid.

Elle s'est mise alors à tousser et n'a plus cessé depuis.

La malade a été frappée de son amaigrissement rapide, elle a depuis deux mois, perdu au moins 7 à 8 kilogs. L'appétit est conservé, pas de vomissements. Elle se plaint

d'être facilement essoufflée surtout après avoir marché un peu ou gravi quelques marches d'escalier.

Pas d'hémoptysies. Température de 38°5 à l'entrée.

L'examen fait constater :

Au sommet droit : submatité ; augmentation des vibrations, respiration soufflante.

Au sommet gauche : même signes un peu moins accentués ; dans tout le reste du poumon de chaque côté : gros râles de bronchite.

Rien aux autres organes.

Elle reste huit jours dans le service ; elle est très affaiblie, mais la température ne dépasse pas 38°3.

OBSERVATION XLVIII

(Observ. H. 5, année 1903.)

Marie T., vingt-quatre ans, entre le 17 mars à la 1^{re} infirmerie, parce qu'elle a accouché chez elle.

Rien dans les antécédents héréditaires de la malade, elle n'eut elle-même aucune maladie. Première grossesse il y a trois ans : l'enfant est en bonne santé. Deuxième grossesse datait du 6 juin, et s'est terminée par l'expulsion en ville et à terme, d'une fille vivante ; durant la gestation elle était faible, pâle, et eut un peu d'albumine ; cet état s'aggrava surtout dix jours avant d'accoucher. A son entrée, elle est dans un état d'anémie aiguë progressive. Elle reste trois semaines dans le service, son anémie s'est sensiblement améliorée, mais à sa sortie elle présente à la base droite tous les signes d'une pleurésie sèche. Aussi lui conseille-t-on la campagne.

OBSERVATION XLIX

(Observ. V. 22, année 1908.)

Alice D., vingt-quatre ans, entre le 12 février 1908 à la 1^{re} infirmerie.

Antécédents héréditaires : mère bien portante, père tuberculeux.

Personnellement, elle n'a été atteinte d'aucune maladie grave. Réglée à quatorze ans, elle fut enceinte une première fois à dix-neuf ans, et accoucha d'un enfant à terme, vivant encore et en bonne santé, puis une seconde grossesse se termina par un avortement.

Elle a eu ses dernières règles le 30 décembre, et trois semaines après se mit à vomir ; au bout de quinze jours, le rejet des aliments était constant. Dès le 26 janvier, elle constata que son poids diminuait progressivement.

A son entrée, la température est normale, dans les jours suivants, les vomissements deviennent moins abondants et s'espacent. Elle se met à perdre : Les pertes sont rosées, avec des caillots plus foncés. On ne note à l'entrée aucun signe pathologique au cœur ni aux poumons.

Pendant le mois qui suit, les vomissements devenus plus rares continuent néanmoins, la malade après avoir augmenté de poids de 500 grammes, les reperd dans les derniers jours.

9 mars. — Survient une hémorragie abondante, dans les caillots de laquelle on ne trouve pas trace de l'œuf.

11 mars. — L'expulsion de l'œuf entier se fait spontanément, il correspond comme grosseur, à une grossesse de deux mois et demi environ. On fait une injection iodée. Le lendemain et le surlendemain, pas de fièvre, mais la courbe saute d'1 degré au troisième jour, et se maintient aux environs de 38 degrés, 38°3. Dix jours après, les vomissements ont cessé depuis l'expulsion de l'œuf, mais de la toux attire l'attention sur l'appareil respiratoire. On constate en effet, en arrière, des râles humides au sommet droit avec exagération des vibrations. La malade sort volontairement, le 28 mars.

Douze jours plus tard, elle rentre sur les conseils d'un médecin, parce qu'elle continue de perdre et de tousser. Elle a maigri un peu dans ces quelques jours, son aspect

est mauvais, le visage est amaigri et décoloré. En même temps, l'appétit a décliné peu à peu. La toux est maintenant fréquente et s'accompagne d'expectoration mucopurulente. Les signes stéthoscopiques se sont aggravés. On a maintenant de la submatité à droite et à gauche. On perçoit en plus des craquements assez nombreux après la toux. Durant les jours qui suivent l'entrée, la température est presque toujours au-dessus de 38 degrés; on note 38°8 le second jour, puis elle baisse un peu et oscille régulièrement ensuite de 37°2 le matin à 38 degrés le soir. Elle quitte de nouveau le service le 25 avril.

L'avortement date de six mois et demi, et tandis qu'avant on ne pouvait suspecter la bacillose, on constate aujourd'hui que la malade est déjà arrivée à la période de ramollissement et que tout fait présager une évolution ultérieure rapide.

OBSERVATION L

(Observ. J. 11, année 1905.)

Antoinette J..., âgée de trente-six ans, entre le 11 avril 1905 à la première infirmerie.

On ne relève rien dans ses antécédents héréditaires ni personnels jusqu'à l'âge de dix-huit ans, elle eut à cette époque une poussée probable de tuberculose : elle se mit à tousser et à maigrir et eût même quelques hémoptysies. Puis progressivement sa santé se rétablit.

Mariée elle eut deux grossesses bien supportées qui donnèrent deux enfants actuellement bien portants.

Depuis octobre dernier elle se mit de nouveau à tousser, à cracher du sang et à souffrir de points de côté. L'amaigrissement fut rapide, elle perdit, dit-elle, 12 kilos en quelques mois.

A l'entrée on constate les signes d'une grossesse de trois mois. Dès le début des vomissements fréquents apparurent

survenant après ingestions d'aliments ou même à jeun. La dénutrition a fait des progrès rapides et continus.

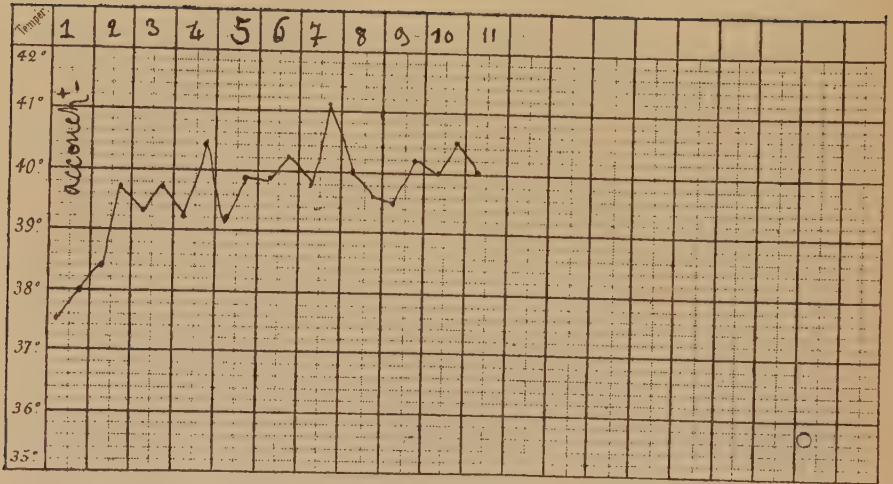
On constate à l'examen des signes de ramollissement au sommet droit, à gauche la respiration est suspecte. Rien au cœur.

L'expectoration assez abondante, parfois sanguinolente, contient des bacilles de Koch.

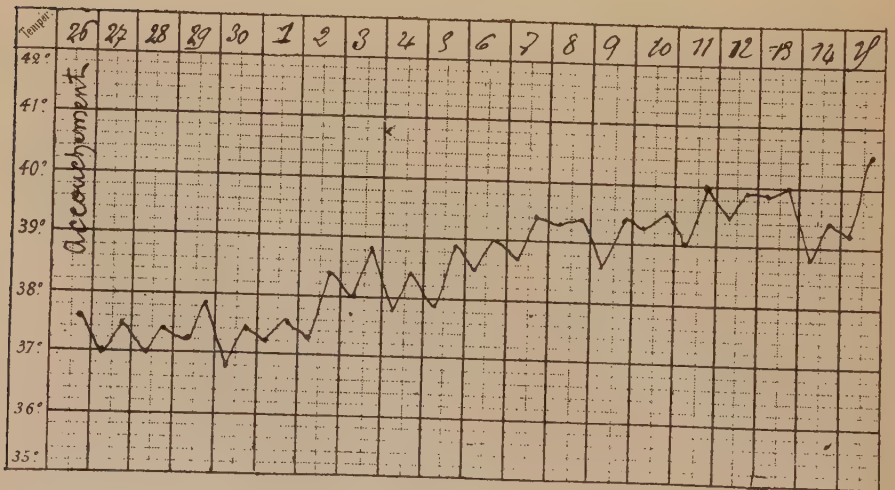
La température est absolument normale durant les quinze jours qui suivent son entrée.

A ce moment étant donné la réunion des deux phénomènes : tuberculose assez avancée semblant devoir progresser rapidement et vomissements incoercibles, on décide d'interrompre la grossesse bien qu'aucune de ses deux complications ne paraisse à M. le Dr Commandeur suffisante à elle seule pour autoriser l'intervention.

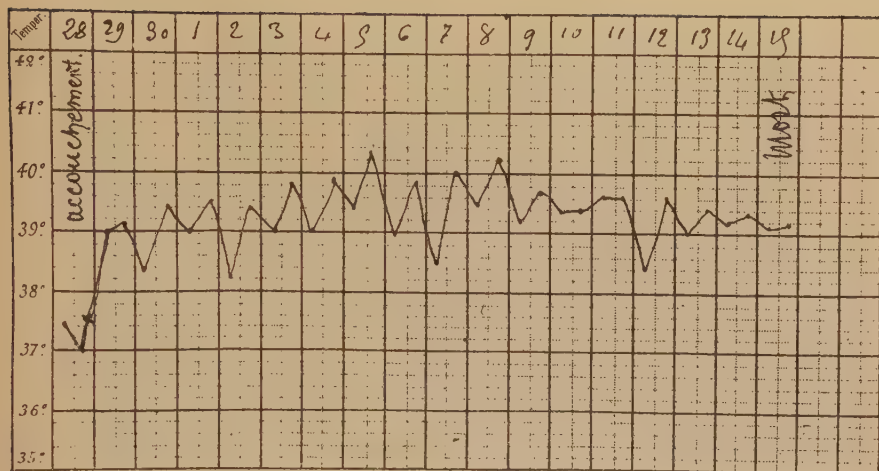
L'avortement a lieu le 23 avril, depuis plusieurs jours on avait mis des tampons et des mèches et la température sous l'influence de ces manœuvres s'était légèrement élevée. Les jours suivants la courbe de température s'est élevée dès le lendemain 39 à 39° 4 et a atteint trois jours après 39° 8 puis elle a fait en quelques jours une défervescence régulière le 6 mai elle était à peu près normale. Du 7 mai au 18 date de sa sortie, la température s'est mise à décrire des oscillations de plus en plus marquées de sorte que pour les dernières la différence entre la température du matin (37° 4) et celle du soir (39 degrés) dépassait un degré et demi. En même temps l'auscultation révélait une évolution rapide et une propagation de voisinage des lésions pulmonaires des deux côtés. Peu de jours avant sa sortie la malade avait d'ailleurs eu une hémoptysie abondante.



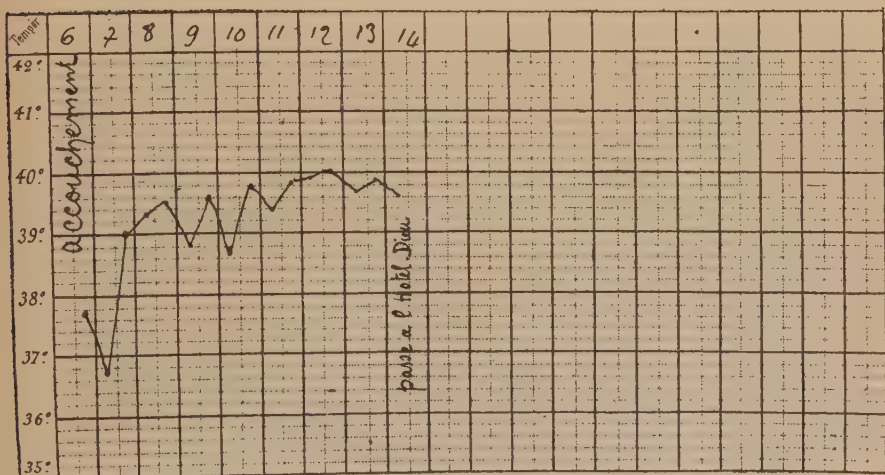
N° 1. — Francine D..., obs. X, p. 21.



N° 2. — Marguerite-Jeanne G..., obs. XVIII, p. 33.



N° 3. — Césarine M..., obs. XIV, p. 27.



N° 4. — Augusta B..., obs. XI, p. 23.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE

De cette série d'observations nous allons essayer d'extraire quelques chiffres précis. Elle comprend tous les cas d'accouchées chez lesquelles nous avons pu trouver d'une façon plus ou moins explicite, des signes de tuberculose pulmonaire.

Le premier fait qui s'impose à notre observation est de constater la proportion des cas où, quel qu'ait été l'âge de la grossesse, est survenue après le travail une aggravation des lésions. Nous n'avons pu en effet réunir que 7 observations où les suites de couches aient été absolument apyrétiques comme l'avait été la gestation. Dans les 45 autres cas l'aggravation était indiscutable. Etudions donc maintenant quelles en ont été les formes cliniques.

Une évolution rapide est survenue chez un assez grand nombre de nos malades. Dans le service même nous avons relevé le décès de 12 parturientes ; il était dû pour elles à des formes aiguës de bacillose ; savoir : granulie, pneumonie et broncho-pneumonie caséeuses. La proportion des morts se trouve donc de 24 pour 100 des cas observés et 28 pour 100 de ceux où la maladie

fut aggravée. Sur ces 12 cas 4 sont dus à la granulie, 4 à la broncho-pneumonie, 3 à la pneumonie caséreuse.

Dans le 12^e enfin, le décès survint après une période assez longue où la cachexie avait suivi une marche progressivement croissante. L'autopsie n'ayant pu être faite, on ne peut pas l'attribuer formellement à telle ou telle forme anatomo-pathologique ; mais comme quelques jours avant on avait constaté des signes de pneumothorax localisé, on peut considérer cette complication comme ayant joué un rôle important (obs. XXXVI).

Les 4 cas de granulie ont été vérifiés à l'autopsie ; les malades ont succombé respectivement 48 heures (obs. VIII), 5 jours (obs. IX), 17 jours (obs. X) et 13 jours (obs. XI) après le travail. La première ne présentait pas auparavant de signes faisant prévoir une poussée aussi suraiguë ; la seconde a eu sa fin hâtée par des crises de suffocation dues à de l'œdème laryngé. Le cas de la troisième était plus complexe : elle eut des signes certains d'infection puerpérale, la marche de la température (feuille n^o 2) s'élevant à 40 degrés le lendemain même, indiqua qu'à ce moment l'affection utérine ne pouvait être mise en cause et que la cause primordiale de la mort fût la tuberculose pulmonaire. De même chez la quatrième, la perforation intestinale ne fut qu'un accident qui hâta de quelques heures peut-être et de quelques jours au plus, la terminaison fatale.

Si nous passons maintenant aux cas de broncho-pneumonie caséreuse (obs. XII, XIII, XIV et XV) nous voyons que là encore la mort en a été la terminaison constante. Peut-être peut-on remarquer comme diffé-

rence clinique une évolution un peu plus lente. La poussée en effet, chez les deux malades a été de 20 jours ; chez une autre, il est vrai, le décès eut lieu dès le second jour, mais il faut ajouter que la malade présentait en outre des localisations laryngées, ce qui dans notre cas particulier comme en clinique générale, est une cause très nette d'évolution rapide.

Nous rapportons ensuite 4 cas où la poussée revêtit la forme pneumonie caséuse ; la mort en fut le dénouement dans 3 observations et survint le 10^e, le 12^e et le 36^e jour après l'accouchement. Mais dans ce dernier cas, il semble bien que le début de la pneumonie n'a eu lieu que 15 jours après le travail ; et que durant ces deux premières semaines on a observé une amélioration passagère et trompeuse.

Dans toutes ces formes une remarque est importante à faire : on doit toujours soupçonner l'infection puerpérale et diriger le traitement en conséquence, lorsqu'on constate après l'accouchement de la température, même lorsqu'il s'agit d'une tuberculeuse. Car, en effet, quels éléments de diagnostic différentiel aurons-nous ? Bien souvent aucun, surtout les premiers jours. Lorsque la température, le lendemain ou le surlendemain fait brusquement un saut, on a dans ce fait de la précocité une présomption contre l'infection puerpérale. Mais quand, au contraire, l'élévation se produit au quatrième ou au cinquième jour, l'auscultation ne donnant pas toujours alors de signes très nets, il faut aussitôt dans le doute instituer le traitement de l'infection interne. Dans le cas où la poussée aggravante a une forme moins aiguë, on peut trouver sur la feuille

de température des traces de type inverse, et on a là un élément de premier ordre pour incriminer la bacillose pulmonaire.

Telles sont les trois formes aiguës, les plus rares, quoique constituant comme nous l'avons vu plus du quart des cas où la tuberculose s'accélère. Trois fois sur quatre en effet d'après nos chiffres la forme d'aggravation est moins aiguë. Elle se caractérise alors au point de vue anatomique par l'extension plus ou moins rapide des lésions, au point de vue clinique par la cachexie progressive et l'aggravation de l'état général.

L'âge de la grossesse n'a aucune importance et l'influence désastreuse du travail est pareille aux différentes époques de l'accouchement prématuré. Dans la moitié de nos observations en effet la grossesse est interrompue avant terme à des âges variés et les différentes formes d'évolution se répartissent à peu près de la même façon que pour les grossesses parvenues à leur fin naturelle.

Examinons encore un point qui nous a semblé intéressant à mettre en évidence : à savoir les rapports de la gestation avec la tuberculose ; certaines de nos observations sont malheureusement muettes sur ce point. Mais en général, lorsque l'influence précédente est notée, nous voyons que dans la majorité des cas la grossesse est bien supportée ; les lésions quelquefois s'arrêtent, le plus souvent elles continuent à progresser d'une façon normale, mais alors sauf en quelques cas elles ne donnent pas lieu à une aggravation marquée de l'état général.

CHAPITRE IV

CONDUITE A TENIR

De l'étude que nous venons de faire, et à en juger d'après les conclusions de notre statistique, découle cette conséquence formelle : si nous nous trouvons en présence d'une femme enceinte et en même temps atteinte de tuberculose pulmonaire, nous devons porter un pronostic sévère. Sans toujours prévoir une terminaison fatale dans les semaines qui suivront l'accouchement ; faisant, d'autre part, des réserves pour les cas relativement rares où l'on n'observera aucune aggravation, il sera de notre devoir de prévenir et d'avertir l'entourage de la probabilité du coup de fouet que donnera le travail de l'expulsion de l'enfant. Et alors se posera nécessairement la question de la conduite à tenir pour prévenir ou atténuer cette aggravation possible ; quels sont donc les moyens thérapeutiques qui sont à notre disposition pour arriver à ce résultat ?

Pendant longtemps le praticien se contenta, par les moyens médicaux, de s'opposer à la marche envahissante de la tuberculose pulmonaire. Puis, on ne considéra plus la grossesse d'une bacillaire comme un phé-

nomène normal, mais comme une complication de la tuberculose dont l'influence allait être progressive. Et naturellement, par le simple raisonnement, une solution au problème était donnée : il ne s'agissait que de mettre en pratique le vieil adage : *sublata causa, tollitur effectus*.

W. Duncan le premier, le 18 janvier 1890, présenta à la Société obstétricale de Londres un cas observé dans sa clientèle où il jugea indiqué de provoquer l'avortement : il s'agissait d'une femme tertipare, atteinte depuis plusieurs années de tuberculose pulmonaire. La malade bénéficia d'une amélioration sensible après l'intervention. Duncan conclut en proposant cette pratique comme devant être appliquée non seulement chez les femmes où dès le début de la gestation la tuberculose progresse, mais même souvent chez celles où cette dernière reste stationnaire. A la suite de cette communication, la plupart des accoucheurs présents prirent la parole pour se déclarer en général hostiles à cette méthode.

Cullingworth, décline la responsabilité d'une pareille thérapeutique ; Champneys, Playfair attendent qu'il soit démontré que le traitement proposé ait une influence heureuse sur l'évolution ultérieure ; ils estiment de plus que la vie de la mère étant en quelque sorte condamnée, ses droits passent après ceux de l'enfant. Mathews, Duncan, Priestley, Leith Napier, Jamison ne trouvent pas que l'avortement soit préférable à la continuation de la grossesse.

Malgré la résistance qui lui fut ainsi opposée dès le début, la doctrine de l'interruption artificielle au cours

de la tuberculose pulmonaire devait faire des adeptes.

Elle avait, d'ailleurs, dès 1886 eut une sorte de préface au Congrès de la Société d'Obstétrique à Rome où des maîtres italiens l'avaient déjà discutée à un point de vue purement théorique. Chiara et Morsani ne voulaient que provoquer un accouchement prématuré dès que l'enfant serait présumé viable. Pasquali, au contraire, apportait trois observations où il avait interrompu la grossesse dans les premiers mois ; mais il faisait remarquer que la tuberculose rendait plus grave pour la mère le pronostic d'une pareille intervention. Bompiani, fut encore plus absolu : on ne doit pas hésiter, dit-il, à sacrifier la vie de l'enfant, étant donné que ses chances d'existence sont précaires.

En France, cette conduite fut rejetée par la plupart. Charpentier en 1889, le professeur Vinay en 1894 repoussent toute intervention. Gaulard la même année, après avoir constaté que depuis sa thèse d'agrégation, la théorie de l'aggravation est acceptée par la majorité, résout la question d'une façon très affirmative : en ce qui concerne l'accouchement prématuré, il constate que « les mères meurent plus vite que si on ne faisait rien et les enfants succombent plus rapidement, car ils sont frêles et chétifs. » La mère étant condamnée, il faut sauver l'enfant.

Tarnier et Budin se plaçant au seul point de vue opératoire, considèrent l'intervention comme une opération douteuse dans ses résultats. Telle n'est pas, par contre, l'opinion du professeur Queirel, qui après avoir fait certaines réserves pour les cas où l'exonération utérine n'amène qu'une amélioration éphémère, et

prenant comme règle de conduite de sauvegarder avant tout la vie de la mère, formulent ces conclusions : nous sommes partisans d'intervenir, quand, sous l'influence de la grossesse on observe une aggravation de l'état général.

La même année en Russie, Guinsbourgue de Char-kow, à la suite de trois observations qu'il rapporte de tuberculeuses ayant accouchées et mortes dans le courant de trois semaines qui ont suivi, émet lui aussi son opinion : l'interruption de la grossesse serait utile et devrait être pratiquée pour enrayer la marche trop rapide de la tuberculose.

En juin 1901, Kaminer fait à la Société de médecine interne de Berlin une communication sur le même sujet. Ayant vu que la grossesse est nettement défavorable pour les malades (sa statistique donne une proportion de 66 pour 100) il croit qu'en présence de ces derniers, on doit interrompre la gestation. Puis, étudiant les rôles respectifs de l'accouchement prématuré et de l'avortement, il n'hésite pas à donner la préférence à la seconde de ces interventions ; il conseille même de la pratiquer le plus près possible du début de la grossesse. Au point de vue clinique cette thérapeutique devra être suivie dans trois catégories de cas :

1° Ceux où on peut espérer une amélioration durable des lésions pulmonaires ;

2° Ceux où manifestement la grossesse a une action aggravante ;

3° Ceux où les premières manifestations de la tuberculose ont coïncidé avec le début de la grossesse.

A la même séance Jacob prend la parole et apporte

lui aussi les résultats de sa statistique personnelle. Il n'a vu d'aggravation sensible que 25 fois sur 100. Il reconnaît, qu'en plus, 21 fois sur 100, un état morbide pré-tuberculeux s'est accentué après le travail. Malgré ces chiffres, il est moins optimiste que Kaminer et pense que l'avortement provoqué peut lui aussi aggraver l'état général des malades.

Strassmann enfin, préfère l'interruption précoce de la grossesse et indique comme époque de choix la huitième et la neuvième semaine de gestation, car plus tôt le diagnostic manque de certitude. Hahn, Hamburger, Holst, Léopold émettent la même opinion.

Au congrès de Rome de 1902, les accoucheurs italiens reprennent la question déjà discutée au précédent Congrès et se montrent encore plus interventionnistes que la première fois. Bossi donne comme indication formelle la notion que la vie de la mère est à peu près sûrement compromise. Schauta, de Vienne, au même Congrès, donne comme autre indication la coexistence de lésions laryngées.

A la suite d'expériences faites sur la transmission de la tuberculose de la mère au fœtus, M. Chambrelent porte la question de l'avortement devant les membres de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. Cassaet et Lugeol s'en montrent résolument adversaires, car beaucoup de femmes tuberculeuses donnent naissance à des enfants qui deviendront plus tard des hommes robustes: « pratiquer dans ces circonstances l'avortement serait endosser au point de vue social, une grosse responsabilité ».

Malebary, à la suite d'une communication sur l'étude

des rapports de la tuberculose et de la puerpéralité en arrive aux conclusions suivantes : l'intervention est une chose sérieuse sans aucun bénéfice souvent pour la mère tuberculeuse, mais la bacillose n'est pas une contre-indication lorsque l'interruption est réclamée pour d'autres raisons. En cas de complication laryngée ou miliaire, il faut intervenir d'une façon très précoce ou s'abstenir. Malebary rappelle que Veit, deux années avant a subordonné le pronostic et dans une certaine mesure, les indications de l'avortement à l'étude du poids de la femme enceinte; tant que la mère présente un accroissement de la courbe de son poids pendant la grossesse, il n'est pas d'avis de l'interrompre.

Tout récemment enfin, le 24 février 1908, M. Bumm à la Société de médecine, interne de Berlin a précisé les indications de l'intervention. Il remarque d'abord que les effets de l'avortement sont moins favorables que ses prédécesseurs ne l'ont indiqué. Il a eu recours à l'ophtalmo-réaction : tandis que cette méthode n'avait donné qu'une réaction nulle ou très légère chez le plus grand nombre de ses parturientes avant l'accouchement, peu de temps après l'avortement artificiel, la réaction était devenue positive. En résumé, il n'est d'avis d'interrompre la grossesse que chez les tuberculeuses se trouvant à la première et la deuxième période et à la condition qu'elles ne soient pas trop près du terme.

Nous basant sur les observations d'avortement spontané que nous avons rapportées et où l'aggravation s'est montrée à peu près dans les mêmes proportions et les mêmes formes que pour les accouchements à terme,

nous estimons que l'intervention basée sur les seules indications de tuberculose pulmonaire est illogique et doit être rejetée d'une façon pour ainsi dire systématique. A un autre point de vue, les considérations basées sur l'état de prédisposition de l'enfant ne sont pas assez évidentes ou solidement établies pour entrer en ligne de compte.

Quant à l'accouchement prématuré, il n'est lui, non plus, jamais indiqué, car il ne constitue comme on l'a dit qu'un accouchement en miniature, mais avec tous ses risques et ses dangers. Il n'apporte ainsi à la mère aucun soulagement, alors qu'il enlève à l'enfant bon nombre de chances de survie.

CONCLUSIONS

L'étude clinique de nos observations de tuberculose pulmonaire, au cours de la grossesse et après l'accouchement, nous permet de poser les conclusions suivantes :

I. Dans plus de la moitié des cas, nous avons vu la grossesse être bien supportée et les lésions évoluer durant son cours sans donner d'accidents plus fréquents ou de réaction générale plus intense qu'en dehors de la gravidité.

II. Dans une proportion élevée, l'accouchement, par contre, a déterminé une aggravation indiscutable dans la marche de la maladie (43 cas sur 50).

III. Dans la majorité des cas et surtout pour les formes aiguës ou suraiguës, cette aggravation s'est dessinée nettement dès le lendemain du travail.

IV. Au point de vue des formes cliniques de cette aggravation, on peut distinguer :

- 1° Une forme granulique ;
- 2° La bronchopneumonie caséeuse ;

3° La pneumonie caséuse ;

4° Une extension des lésions par propagation de voisinage, plus rapide qu'à l'état normal.

V. L'accouchement prématuré et souvent l'avortement spontané ont les mêmes résultats que l'accouchement à terme.

VI. L'avortement provoqué est illogique et doit être réservé pour des cas exceptionnels.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
FABRE

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 18 juillet 1908.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

PREMIÈRE PARTIE

Ouvrages cités dans l'Historique.

- CULLEN, *Eléments de médecine pratique*, 1789, traduction française de Bosquillon.
- ROZIÈRE DE LA CHASSAGNE, *Manuel des pulmoniques ou Traité complet des maladies de poitrine*, 1770.
- BORDEU, *Recherches sur le pouls*, t. I, chap. xxvii.
- FRANK (J.), *Pathologie médicale*, t. IV, p. 246.
- DUGÈS, *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques*, t. IX, art. GROSSESSE, 1833.
- ANDRAL, *Cliniques médicales*, 4^e édit., t. IV, p. 336, 1840.
- BOUCHUT, *Pathologie générale*, 1869, p. 312.
- FONSSAGRIVES, *Thérapeutique de la phtisie pulmonaire*, 1866.
- CAPURON, *Traité des maladies des femmes depuis la puberté jusqu'à l'âge critique inclusivement*, 1817.
- CARESME, Thèse de Paris, 1866.
- GARDIEN, *Traité complet des accouchements, des maladies des filles, des femmes, et des enfants*, t. II, 3^e édit., 1824.
- GENDRIN, In thèse de Caillot, Paris, 1858.
- PIDOUX, *Etudes générales et pratiques sur la phtisie*, 1873.
- PETER, *Cliniques médicales*, t. II, 2^e édit., 1879.
- MAURICEAU, *Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes et sur leurs maladies*, 1^{re} édit., 1715, t. II, et 2^e édit., 1728, t. II.
- LOUIS, *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la phtisie*, 1843, 2^e édit.
- GRISOLLE, *Bulletin de l'Académie de médecine*, octobre 1849.
- ROBERT, *Union médicale*, Paris, 1847.
- BAHUAUD, Thèse de Paris, 1853.
- ORTEGA, Thèse de Paris, 1876.

- PETIAU, Thèse de Paris, 1885.
LEBERT, *Archiv. für Gynæk.*, Bd. IV, 1862.
SCHROEDER, *Lerhb. der Geb.*, 1874.
STEHLBERGER, *Archiv. für Gynæk.*, Bd. I, 1870.
HECKER et BRUHL, *Klinik. der Geb.*, 1861, t. I, p. 182.
CHIARA, Congrès d'obstétrique, Rome, 1886.
BERGHESIO, *Id.*
MARTINETTI, *Id.*
BIZOUARD, Thèse de Lyon, 1892.
GIBERT, Thèse de Bordeaux, 1898.
REBIÈRE, Thèse de Paris, 1900.
PROUST, Thèse de Paris, 1903.
KANIA, Thèse de Paris, 1904.
MERCIER, Thèse de Paris, 1894.
VINAY, *Traité des maladies de la grossesse*, 1894.
GRANCHER, *Traité de médecine de Brouardel et Gilbert*, article
TUBERCULOSE, t. VII, 1900.
TARNIER, *Traité de l'art des accouchements*, 1886.
RIBEMONT, DESSAIGNES et LEPAGE, Précis d'obstétrique, 6^e édit.,
p. 582-588.
FAVRE-THOMAS, Thèse de Paris, 1905.
GODREAU (Mlle), Thèse de Toulouse, 1906.
VON ROHSTORN, *Monat. für Geb. und Gynec.*, mai 1906.

DEUXIÈME PARTIE

Tuberculose pulmonaire et avortement provoqué.

- ASCOLI, Communication au XIII^e Congrès de la Société de
médecine internationale, Padoue, 1903.
AUCHÉ et CHAMBRELENT, *Semaine médicale*, 1898.
BOMPIANI, Communication au Congrès de la Soc. ital. d'obst.,
1896.
BOSS, Communication au IV^e Congrès de Rome, 1902.
— Corriero san. Milano, 1896, XVII.
BUDIN, *Manuel pratique d'accouchement*, Paris, 1904.
BUMM, *Grundriss z. Studium der Geburtshülfe*, 1903.
— *Semaine médicale*, 24 février 1908.
CHAMBRELENT, *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*
de Bordeaux, 1903.

- CHARPENTIER, *Traité des accouchements*, t. I, 1889.
- CHIARA, Tuberculosi commune e granulosi acuta in Gravidanza (*Annali di ostetricia*, 1886, t. VIII).
- CIOFFI, Communication au XIII^e Congrès de la Société de médecine internationale, Padoue, 1903.
- DUNCAN (William), Should pregnancy be terminated prematurely in cases of phthisis (*Britisch med. Journ.*, 1890, p. 132).
- FREUND, Die Kunstliche Unterbrunchung des Schwangerschaft (*Deut. med. Zeitung*).
- FUNKE, Die Indikationen des artifiziiellen Abortus bei phthisis pulmonum (*Unterelsass. Aertzteverein*, déc. 1903).
- GAULARD, Tuberculose et état puerpéral (*Presse médicale*, 8 décembre 1894, p. 389).
- GUINSBOURGUE, *Archives de tocologie*, 1894, p. 179.
- HAMBURGER, *Berl. med. Gesellschaft*, IV, 1902.
— *Berliner klin. Wochenschr.*, 1902, n^o 45.
- HAHN, *Berl. klin. Woch.*, 1903.
- HOLST, *Berl. klin. Woch.*, 1905, n^o 9.
- HERGOTT, Tuberculose et gestation (*Annales de gynécologie*, 1891).
- KAMINER, *Semaine médicale*, 1901.
- LOPP, *Archives de tocologie*, XXI, 1894.
- MARAGLIANO, Sulla opportuta di interrompere artificialmente la gravidanza in caso di maladie interne (*Gaz. d'Osp.*, XIV, 1893).
- MALEBARY, *American Journal of obstetric*, juin 1905.
- MARTINETTI, *Annali di ostetr. et ginec.*, mars 1886.
- MORSANI, Congrès de la Société d'obstétrique, Rome, 1886.
- PASQUALI, Congrès de la Société d'obstétrique, Rome, 1886.
- QUEIREL, *Leçons de clinique obstétricale*, Paris, 1901.
- REICHE, Tuberc. und Schwangerschaft (*Münch. med. Woch.*, 1905, t. II).
- SIMPSON, IV^e Congrès de gynécologie et obstétrique, Rome, 1902.
- SCHAUTA, IV^e Congrès de gynécologie et obstétrique, Rome, 1902.
- STRASSMANN, *Berl. klin. Woch.*, 1902, 46-47.
- TARNIER et BUDIN, *Traité de l'art des accouchements*, t. II, 1886.
- ZALONI, *Gazetta obstetricia*, 1902.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION:	3
CHAPITRE PREMIER. — Historique	7
CHAPITRE II. — Observations	12
CHAPITRE III. — Etude clinique	74
CHAPITRE IV. — Conduite à tenir	78
CONCLUSIONS	85
BIBLIOGRAPHIE	37

